Erasmus
School of
Law

De netwerkkracht van de Rotterdammer in het sociale domein

Een onderzoek naar activering van netwerken via Wijkteams en Eigen Kracht conferenties

Erasmus University Rotterdam
Make it happen.

Erasmus School of Law

De netwerkkracht van de Rotterdammer in het sociale domein

Een onderzoek naar activering van netwerken via Wijkteams en Eigen Kracht conferenties

Oktober 2019
Rotterdam

Auteurs
Annie de Roo
Rob Jagtenberg
Eva van der Boom
Sil Vrielink

Netherlands Organisation for Scientific Research

City of Rotterdam

EIGEN KRACHT CENTRALE

Erasmus School of Law
Erasmus Universiteit Rotterdam

MOOZ
Beleidsonderzoek en advies

De netwerkkracht van de Rotterdammer in het sociale domein
Een onderzoek naar activering van netwerken via Wijkteams en Eigen Kracht conferenties

Annie de Roo, Eva van der Boom, Sil Vrielink, Rob Jagtenberg, ISBN: 978-90-9032517-0

Erasmus University Rotterdam
Make it happen.

Inhoud

Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport 'De netwerkkracht van de Rotterdammer – Een onderzoek naar activering van netwerken via Wijkteams en Eigen Kracht conferenties'.

Velen hebben ertoe bijgedragen dat dit eindrapport, en het daarin beschreven onderzoek, tot stand kon komen.

Eerst en vooral willen wij onze grote dank uitspreken naar al die Rotterdammers met een zorgvraag, die bereid waren hun vaak ernstige persoonlijke problemen zo openhartig te delen met ons als onderzoekers, tijdens meer dan 100 interviews.
Wij spreken de hoop uit dat dit onderzoek mag bijdragen aan een (nog) betere oplossing van hun problematiek, al zal dat ongetwijfeld enige tijd en inspanning van meerdere partijen vergen.

Ook gaat onze oprechte dank uit naar de Wijkteam-medewerkers die ondanks hun hoge werkdruk toch respondenten voor dit onderzoek hebben willen zoeken vanuit hun eigen casuïstiek; en ons bovendien te woord hebben willen staan in interviews over belangrijke aspecten van hun dagelijkse werkzaamheden.

Onze dank geldt evenzeer de Eigen Kracht coördinatoren, die ondanks een moeilijke periode in de Regio Rotterdam hun ervaringen met ons hebben willen delen. De aanlevering van Eigen Kracht plannen verliep weliswaar in eerste instantie via de coördinatoren, maar de regie van de aanlevering rustte toch vrijwel geheel op de schouders van de Eigen Kracht Regiomanager in Rotterdam, die dankzij haar niet aflatende enthousiasme in haar eentje bergen werk heeft weten te verzetten.

Ook mogen we niet vergeten dat enkele van de Wijkteam-leiders en data-analisten op het stadhuis ons hebben willen inwijden in de geheimen van het digitale *middle-office*, een locatie waar alle informatie die wij zochten over ingezette 'zorgproducten' en tarieven samenkomt.

Ook danken wij de leden van de begeleidingscommissie die op gezette tijden de juiste deuren in het labyrint van het nieuwe gemeentelijke zorgstelsel wisten te vinden.

Tot slot danken wij ook enkele collega-wetenschappers die, hoewel niet vermeld op de omslag van dit eindrapport, toch onmisbare bijdragen aan de totstandkoming hebben geleverd. Hier dient allereerst dr. Bart van Hulst te worden vermeld, die destijds heeft meegeschreven aan de NWO *Smart governance* aanvraag, de verwerking van de eerste ronde interviews technisch heeft begeleid en ook anderszins steeds heeft meegedacht over belangrijke methodologische vraagstukken. Ook zijn we professor Jos Blank erkentelijk voor zijn bereidheid als promotor voor de op dit project aanvankelijk aangestelde assistent in opleiding op te treden; laatstgenoemde moest helaas al na enkele maanden haar deelname aan dit project staken wegens ernstige ziekte.

Deze, uiteraard ook persoonlijke, tegenslag is niet fataal geworden voor het project: de collega's van MOOZ onderzoek zijn gelukkig bereid gevonden om in een reeds gevorderd stadium de kwantitatieve analyses voor hun rekening te nemen.

Het mag symbolisch zijn: na slechte tijden breken er soms betere aan. Of, om het uit te drukken in de bewoordingen van diverse respondenten in dit project: 'Er is altijd perspectief!'

Leeswijzer

In Hoofdstuk 1 worden de achtergronden van het NWO programma Slimme sturing (*Smart governance*) en de Zorgtransitie besproken, die de aanleiding vormden voor de opzet van het onderzoek 'Lokaal bestuur en eigen kracht in Rotterdam', dat resulteerde in het hier voorliggende eindrapport. Vervolgens wordt de oorsprong van de *Family Group Conference* besproken en hoe deze zich wereldwijd heeft verspreid en heeft geresulteerd in een aantal internationale studies, waarin de *Family Group Conference* is gecontrasteerd met professionele hulpverlening. Een aantal toonaangevende studies is geschematiseerd weergegeven in Hoofdstuk 1.

Hoe de vragen van de maatschappelijke partners in de definitieve onderzoeksopzet werden vertaald en welke uitkomstmaten gekozen werden, wordt beschreven in Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet.

In Hoofdstuk 3 worden de uitkomsten van het empirische onderdeel van het onderzoek onder zorgvragers gepresenteerd.

Hoofdstuk 4 bespreekt de uitkomsten van het onderzoek onder zorgprofessionals en Eigen Kracht coördinatoren.

In een aantal zaken bleken het netwerk en de zorgprofessional ondersteuningstaken specifiek verdeeld te hebben. In Hoofdstuk 5 zijn deze patronen van taakverdeling op basis van gemeenschappelijke elementen gestileerd in een drietal scenario's, waarvan de kostenimplicaties zijn berekend, in het bijzonder het potentieel aan besparingen.

In Hoofdstuk 6 worden de bevindingen van het onderzoek geplaatst tegen de achtergrond van het NWO Slimme sturing programma, met accent op de sturingsinstrumenten die centraal staan in het sociale domein: regulering en budgettering. Bezien wordt wat exact de reikwijdte is van het nog vrijwel onbekende recht op een Familiegroepsplan.

Hoofdstuk 7 sluit het rapport af met een slotbeschouwing en een aantal aanbevelingen, voor de betrokken maatschappelijke partners en voor de wetenschap.

Samenvatting en aanbevelingen

DE NETWERKKRACHT VAN DE ROTTERDAMMER IN HET SOCIALE DOMEIN
Een onderzoek naar activering van netwerken via Wijkteams en Eigen Kracht conferenties

In 2015 is met medewerking van de Gemeente Rotterdam en de Eigen Kracht Centrale (EKC) te Zwolle een meerjarig onderzoek gestart naar de mate waarin het sociale netwerk van Rotterdammers met een zorgvraag wordt geactiveerd voor (een deel van) de benodigde ondersteuning.
Dit onderzoek vond plaats binnen het *Slimme Sturing* programma van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en is uitgevoerd door de Erasmus School of Law (EUR), samen met onderzoekers van de TU Delft en MOOZ Onderzoek te Utrecht.

Achtergrond, onderzoeksvragen en onderzoeksopzet

In 2014, nog vóór de zorgtransitie, had de Gemeente Rotterdam tientallen Eigen Kracht conferenties (EK-c's) ingekocht met als doel langs die weg te faciliteren dat burgers met eigen netwerksteun hun problemen zouden aanpakken, in de beleidsdomeinen 'Jeugd' en 'Activerend Armoedebeleid'. Men was aanvankelijk vooral geïnteresseerd in factoren die de inzet van (uitsluitend) EK-c's op deze terreinen succesvol zou maken en in de opbrengsten van netwerkparticipatie.
Kort na de daadwerkelijke start van het onderzoeksproject bleek de inzet van EK-c's voor Activerend Armoedebeleid te zijn gestaakt. Maar voor de nieuwe Wijkteams (WTs) werd activering van zorgvragers en hun netwerken nu juist een kerntaak, in het licht van de transformatie-gedachte: gemeentelijke voorzieningen zijn slechts bedoeld voor burgers die hun problemen niet via eigen (netwerk-)kracht kunnen oplossen.
Door deze ontwikkeling kwamen de onderzoeksvragen als volgt te luiden:

Tekstbox 1: Onderzoeksvragen

- Worden Rotterdammers met een zorgvraag in het sociale domein daadwerkelijk geactiveerd om hun problemen (deels) op te lossen met steun vanuit hun eigen netwerk?

Met deze ruime omschrijving worden zowel de activiteiten in de Wijkteams als in de Eigen Kracht conferenties bestreken.
WTs en EK-c's worden ook weer beide bestreken in de vervolg vragen:

- Hoe zien die netwerken eruit en hoe duurzaam is die netwerksteun en de daarmee gevonden oplossing?
- Welke factoren spelen een rol bij de succesvolle inzet van netwerksteun?
- Genereert die benadering (het actief betrekken van netwerken) maatschappelijke winst, in termen van besparingen, verhoogde zelfredzaamheid, en de mogelijkheid voor professionele hulpverleners om gerichter te werken, c.q. samen te werken met de zorgvragende burger?

Het bleek vrijwel onmogelijk de gewenste informatie te verkrijgen via de toenmalige registratiesystemen van de Wijkteams, TOP en Mens Centraal. Daarop is besloten de benodigde data rechtstreeks te betrekken van de zorgvragers zelf als primaire bron. Vragenlijsten werden opgesteld aan de hand waarvan semigestructureerde interviews konden plaatsvinden. Ingezet werd op een sample van 60 te interviewen Wijkteamcliënten en 60 EK-c deelnemers. De totale intake van de 7 onderzochte WTs was 5460. Het aantal ingekochte Eigen Kracht conferenties door de Gemeente Rotterdam was 140. Zie voor de berekeningswijze van deze aantallen Hoofdstuk 2.
In verband met de aangescherpte privacy-eisen dienden de behandelend zorgprofessionals van de WTs respectievelijk het EKC Regiomanagement Rotterdam eerst hun cliënten om

toestemming tot deelname te vragen. De selectie van respondenten werd hierdoor oncontroleerbaar en *matching* op persoons- en probleemkenmerken tussen beide groepen dus problematisch. Bijgevolg kreeg het onderzoek een *exploratief*-vergelijkend karakter.

Uiteindelijk waren 7 (van de 44) Wijkteams, verspreid over de stad Rotterdam, beschikbaar om cliënt-respondenten aan te leveren. Uiteindelijk zijn bij 60 respondenten in de WT-groep en 55 respondenten in de EKC-groep interviews afgenomen, gemiddeld 1 jaar na hun 'intake' bij de Wijkteams of de EKC. Een tweede interviewronde heeft gemiddeld 1 jaar later, dus 2 jaar na 'intake' plaatsgevonden, om de duurzaamheid van netwerksteun en de effectiviteit van alle typen ondersteuning te kunnen inschatten.
Bovendien werden de zorgprofessionals van de deelnemende WTs bevraagd (27 WT-medewerkers en 6 WT-leiders), alsook diverse EKC-coördinatoren (7 personen), onder meer over hun criteria voor al dan niet inschakeling van een netwerk.

In de context van dit onderzoek werd 'blijvende netwerksteun' niet benaderd als doel op zich, maar als middel tot een groter doel, te weten: verbetering van de positie van de hulpvrager. De maatschappelijke partners refereerden zelf in hun vragen aan 'oplossingen', 'zelfredzaamheid' en 'besparingen'. Het gaat dan om de effectiviteit van netwerksteun. Om die beoogde effecten te kunnen meten zijn de volgende vier effectmaten gebruikt:

1. afname in aantal van de problemen;
2. afname in ernst van de problemen;
3. afname in het aantal professionele hulpverleners; en
4. toename van de door de zorgvrager ervaren zelfredzaamheid.

Het functioneren van netwerken als zodanig (en de mate waarin deze de bovengenoemde effecten teweeg kunnen brengen) hangt weer af van vele (andere) factoren. Via gesloten vragen is onderzocht de invloed van persoonskenmerken, netwerkkenmerken en alliantie-kenmerken (kort gezegd: 'de klik' tussen zorgvrager en professional). Bij de 3^{e} en 4^{e} effectmaat is tevens onderzocht de impact van probleemkenmerken. Met behulp van open vragen aan de respondenten is gezocht naar (al dan niet vermoede) varianten binnen deze hoofdcategorieën, maar ook naar factoren van geheel andere aard die op hun beurt mogelijk het functioneren van netwerken (mede-)bepalen.
Om te achterhalen in hoeverre de ontwikkeling tussen de begin- en eindsituatie verschilt voor de EKC-groep ten opzichte van de WT-groep is een *difference-in-difference* analyse uitgevoerd.

Daarnaast werd kwalitatieve informatie verzameld via open vragen, met name om te achterhalen aan welke factoren de zorgvragers zelf een (uitblijven van) verbetering in hun situatie toeschrijven.
Waar getracht wordt keuzes, criteria en persoonlijke verklaringen te begrijpen, is het onderzoek *kwalitatief* van aard. Tegelijk is gepoogd een dusdanig aantal waarnemingen te verrichten dat diverse *kwantitatieve* bewerkingen op de verzamelde data mogelijk zijn, en betekenisvolle patronen ontdekt kunnen worden. Met deze 'pluralistische' benadering neemt dit project een tussenpositie in ten opzichte van veel (in Hoofdstuk 1 van het rapport vermeld) bestaand internationaal onderzoek.

Resultaten

Het onderzoek leverde de volgende resultaten op.

Algemeen; profiel WT-groep en profiel EKC-groep (blz. 49-54 in dit rapport)

Allereerst zijn samenstelling en problematiek van beide cliëntgroepen (EKC-groep en WT-groep) onderzocht. De groepen bleken significant te verschillen op de achtergrondkenmerken: leeftijd, opleiding en inkomen. Maar beide groepen kwamen sterk overeen qua samenstelling huishouden en qua etnisch/culturele samenstelling.

Om de problemen van respondenten op te lossen, zijn Eigen Kracht conferenties (EKC-groep), dan wel Keukentafelgesprekken (WT-groep) gehouden, als eerste stap. Veel respondenten hebben te maken met een stapeling van problemen (multiproblematiek), die vaak al langere tijd speelden vóór de aanmelding voor een EK-c dan wel Keukentafelgesprek. Dit geldt vooral voor problemen op het vlak van geestelijke gezondheid (opgevat in ruime zin inclusief verstandelijke beperkingen), verslaving en financiën. Opmerkelijk hierbij is dat de EKC-groep gemiddeld méér problemen heeft dan de WT-groep, namelijk gemiddeld 6 (EKC) tegenover 4,7 (WT).

Onderzoeksvraag: activering van netwerken (blz. 57-58 en 70 in dit rapport)
In beide varianten gaf een overgrote meerderheid van respondenten aan dat tijdens de EK-c of het Keukentafelgesprek gezamenlijk naar een oplossing is gezocht. Voor wat betreft de WT-groep duidt dit erop, dat de meer interactieve benadering die in het kader van de zorgtransitie werd bepleit tot op zekere hoogte ingang lijkt te vinden.

Ruim 85% van de professionele hulpverleners in de WTs – de WT-medewerkers – laat zich in de afweging om het eigen netwerk te activeren overwegend leiden door de complexiteit van de problematiek: bij multiproblematiek wordt de voorkeur aan professionele ondersteuning gegeven.

De WT-medewerkers hebben aan 18% van de respondenten een combinatie van professionele hulp en netwerksteun voorgesteld. Toch ontving méér dan deze 18% van de zorgvragers naast professionele hulp ook netwerksteun; veelal had de zorgvrager deze vorm van ondersteuning namelijk al op eigen initiatief geregeld. Ten tijde van de eerste meting werd aldus maar liefst 62% van de zorgvragers in de WT-groep zowel professioneel ondersteund als door het eigen netwerk.

In de WT-groep geeft 40% van de respondenten aan bij voorkeur een hulpverlener te zien die ook naar hun netwerk luistert, maar slechts 7% wil dat aan dat netwerk ook een rol wordt toegekend bij de uitvoering van ondersteuningstaken. Toch denkt 40% dat de eigen omgeving en de professionele hulpverlener elkaar zouden kunnen versterken.

In de EKC-groep staat activering van het eigen netwerk per definitie centraal. Toch voorziet hier het eigen plan naast netwerksteun vaak ook in professionele hulp. In de uitvoering van het eigen plan is dan ook in de EKC-groep bij 62% sprake van gecombineerde hulp van professional(s) en netwerk (1^{e} meting). Dit is exact hetzelfde percentage als is aangetroffen in de WT-groep.

Kijken we naar het aantal professionele hulpverleners dat respondenten bijstaat, dan is er een groot verschil tussen beide groepen. In de EKC-groep ligt het *gemiddeld aantal hulpverleners* significant lager dan in de WT-groep. Dit geldt voor beide metingen. Tijdens de 1^{e} meting had de EKC-groep gemiddeld 1,47 hulpverlener en de WT-groep gemiddeld 2,53. Tijdens de 2^{e} meting was dit respectievelijk 1,07 (EKC) en 1,53 (WT). Dat het aantal professionele hulpverleners in de WT-groep significant hoger ligt dan in de EKC-groep terwijl het aantal problemen daar gemiddeld kleiner is, bevestigt het beeld dat het zwaartepunt in de WT-groep ligt bij professionele hulpverlening.

Onderzoeksvraag: hoe zien netwerken eruit qua omvang en samenstelling? (blz. 58-60 in dit rapport)
Er is wel een groot verschil in de omvang van de netwerken. Respondenten in de EKC-groep denken op meer mensen een beroep te kunnen doen dan de respondenten in de WT-groep (gemiddeld 7 personen tegenover 4,5 in de WT-groep).

Een mogelijke verklaring voor dit verschil betreft de tijd die wordt besteed aan het in kaart, en daadwerkelijk bij elkaar brengen van het netwerk. EKC-coördinatoren blijken hier gemiddeld 30 uur aan te besteden, terwijl WT-medewerkers hier gemiddeld slechts 2,5 uur voor beschikbaar hebben.

In beide groepen valt op dat het netwerk qua samenstelling vooral personen uit de naaste familiekring of vrienden betreft. Buren en personen uit de bredere maatschappelijke omgeving (werk, sportclubs, kerk of moskee) worden nauwelijks genoemd.

Onderzoeksvraag: netwerksteun en duurzaamheid (blz. 58-59 in dit rapport)

Zowel in de WT-groep als de EKC-groep oordeelt men positief over de hulp die men krijgt vanuit het eigen netwerk: die ondersteuning wordt vaak als passend bij de hulpvraag ervaren. De tevredenheid over de professionele hulpverlening loopt sterk uiteen: de meeste respondenten in de WT-groep zijn hier tevreden over (81%), terwijl dit in de EKC-groep iets minder dan de helft betreft (46%). Daarbij lijkt er een relatie te bestaan met de ervaringen met professionele hulpverleners in het verleden.

Voor wat betreft de EKC-groep is ook gevraagd wie de oplossingen in het eigen plan heeft bedacht. Uit de interviews blijkt dat de oplossingen in de meeste gevallen gezamenlijk, door hulpvrager en netwerkleden, zijn bedacht. In een aantal gevallen werden oplossingen door 'anderen' bedacht. Uit nadere analyse blijkt dat dit verschil in 'initiatief' significant samenhangt met de tevredenheid over de hulp uit eigen netwerk: respondenten zijn duidelijk meer tevreden over oplossingen die gezamenlijk werden bedacht.
Ter vergelijking: in de WT-groep waren in bijna de helft van de Keukentafelgesprekken geen familie of vrienden aanwezig.

Ten aanzien van de *duurzaamheid* van netwerksteun is uit de 2^{e} meting gebleken, dat in de EKC-groep weliswaar het oorspronkelijke plan niet steeds op alle onderdelen meer gevolgd wordt, maar dat de feitelijke ondersteuning vanuit het eigen netwerk vrijwel onverminderd stand houdt. De respondenten in de EKC-groep krijgen tijdens de 1^{e} meting van gemiddeld 3,3 personen uit het eigen netwerk steun, en tijdens de 2^{e} meting nog altijd van 3,0 personen.
Bij de WT-groep daarentegen is sprake van een significante afname van netwerksteun tussen de 1^{e} en 2^{e} meting. Hier bieden tijdens de 1^{e} meting gemiddeld 2,2 personen uit eigen kring steun, en tijdens de 2^{e} meting zijn dit nog slechts 0,8 personen.
Op grond hiervan kunnen we concluderen dat netwerken (en de door deze verleende steun) in de EKC-groep een meer duurzaam karakter hebben. Het aantal personen dat respondenten bijstaat, neemt in de loop van de tijd weliswaar iets af, maar dit komt voor een deel doordat de problemen ook zijn afgenomen (zie Tabel A.7, Annex I). Daarnaast speelt soms ook mee dat het vertrouwen tussen de leden uit het netwerk en de respondent is afgenomen.

Onderzoeksvraag: kritische succesfactoren voor netwerksteun (blz. 39-40 en 73-78 in dit rapport)

Het al dan niet blijvende karakter van netwerksteun als zodanig kan dus zowel 'positieve' (vermindering problemen) als 'negatieve' (vermindering vertrouwen) oorzaken hebben en kan dan ook geen doel op zich zijn. Het 'succes' van netwerksteun dient daarom te worden afgemeten aan de mate waarin die steun bijdraagt aan afname van de problemen, en verhoogde zelfredzaamheid.

Effect: daling aantal/ernst problemen (blz. 64-69 in dit rapport)

Eerst is gekeken naar de effecten van netwerksteun op problemen, waarbij tussen beide groepen gecorrigeerd is voor achtergrondkenmerken. Deze blijken overigens geen significant

effect te hebben. Uit de analyse blijkt dat sommige problemen noch door professionele hulp, noch door netwerksteun eenvoudig kunnen worden opgelost. Dit geldt onder meer voor problemen op het vlak van geestelijke gezondheid en financiën. Andere problemen nemen wel af. In de EKC-groep is het aantal problemen tussen de 1e en de 2e meting gedaald van (gemiddeld) 6,2 naar 3,1. In de WT-groep is het aantal problemen gedaald van (gemiddeld) 4,5 naar 3,1.

Uit verklarende analyses blijkt dat de EKC-aanpak niet alleen een gunstig effect heeft op de afname van het *totaal* aantal problemen, maar specifiek bij *jeugdproblemen* een significant effect heeft. Dit 'interactie-effect' blijkt uit een regressie analyse per probleemgebied. Bij problemen op het vlak van huisvesting, huiselijke relaties en dagbesteding is er geen significant verschil in afname van de problematiek tussen de EKC-groep en de WT-groep. Dit betekent dat de gevolgde benadering hier in beide groepen even goed werkt.
In beide groepen is dus het *aantal* en de ernst van problemen afgenomen. De ernst nam in beide groepen gelijkelijk af, maar het aantal nam in de EKC-groep sterker af dan in de WT-groep. Waar is het gevonden gunstig effect van EK-c deelname nu exact aan toe te schrijven, gezien de vaak genoemde *gecombineerde* hulpverlening door zorgprofessional en netwerk? Is nu vooral de inzet van het eigen netwerk doorslaggevend, of de inzet van professionele hulpverleners, of is het juist de combinatie van beiden?
Op dit punt verschaft de statistische analyse geen uitsluitsel. Ook uit de *difference-in-difference* analyse waarin de effecten van netwerksteun en professionele hulp centraal staan, los van indeling in WT-groep of EKC-groep, laat geen significante uitkomst zien. Indicaties op dit punt zijn echter wel verkregen uit het kwalitatieve open vragen onderzoek.

Welke factoren zijn bepalend voor 'succesvolle' uitkomsten volgens respondenten (blz. 73-78 in dit rapport)
In de EKC-groep wordt een positief resultaat in circa twee derde van de gevallen met name aan *netwerksteun* toegeschreven en in bijna een derde aan de *combinatie* van netwerksteun en professionele hulp. Een relatief gebrek aan vooruitgang wordt door de respondenten aan verschillende oorzaken geweten; een verstoorde relatie tussen *professional enerzijds* en hoofdpersoon plus netwerk anderzijds wordt even vaak genoemd als een verstoorde relatie tussen de *hoofdpersoon enerzijds* en professional plus netwerk anderzijds.
In de WT-groep wordt een positief resultaat in iets meer dan de helft van de gevallen toegeschreven aan de *combinatie* van professional en netwerk, en in iets minder dan de helft met name aan de *professional*. In het (in vergelijking met de EKC-groep) betrekkelijk grote segment WT-respondenten dat geen of slechts een lichte verbetering rapporteert, stelt bijna de helft dat de aard van de problematiek een belangrijke rol speelde. De andere helft wijst op problemen met de professionele instanties. Er wordt dan overigens minder vaak naar een individuele professional gewezen; in meerderheid betreft de kritiek hier *de organisatie* van de professionele hulpverlening.

Samenvattend: men had wel kunnen verwachten dat in de EKC-groep vooral netwerksteun, en in de WT-groep vooral professionele hulp als oorzaak voor verbetering wordt genoemd. De verrassende uitkomst van de analyse van de open vragen luidt echter, dat netwerksteun verhoudingsgewijs aanzienlijk vaker dan verwacht wordt genoemd als bepalend (in de EKC-groep) dan wel medebepalend (in de WT-groep) voor een 'succesvol' resultaat.

Effect: ontwikkeling van 'objectieve' en 'subjectieve' zelfredzaamheid (blz. 64-68 en 70-79 in dit rapport)
De effectiviteit van netwerksteun werd niet alleen gemeten aan de hand van 'afname van aantal en ernst van de problemen' maar ook aan de hand van nog twee andere uitkomstmaten: de daling van het aantal betrokken professionele hulpverleners – dit

verschaft een meer 'objectieve' indicatie voor de zelfredzaamheid van hulpvragers – en een stijging van de 'subjectief' ervaren zelfredzaamheid.
Respondenten uit de EKC-groep doen een minder zwaar beroep op professionele hulpverleners dan respondenten uit de WT-groep. Vooral aan het begin van het traject is het verschil groot. Het aantal professionele hulpverleners dat respondenten bijstaat neemt in beide groepen tussen de 1e en 2e meting af. In de WT-groep is deze daling sterker dan in de EKC-groep (de WT-groep: van gemiddeld 2,53 naar 1,53; de EKC-groep van gemiddeld 1,47 naar 1,07). Dit komt mogelijk doordat in een aantal WT-zaken slechts eerstelijns professionele hulp werd geboden; deze is krachtens gemeentelijke normen aan een maximale tijdsduur gebonden.
Voor wat betreft 'ervaren zelfredzaamheid'. Dit is weliswaar een subjectief begrip, maar ook de WT-professionals blijken in hun definitie van 'succes' aansluiting te zoeken bij hoe de cliënt zelf denkt over zijn of haar zelfredzaamheid. Uit het onderzoek blijkt dat de subjectief ervaren zelfredzaamheid van respondenten significant is toegenomen, vooral aan het begin van het traject. Dat wil zeggen kort na de Eigen Kracht conferentie of kort na het Keukentafelgesprek. In dit opzicht bestaat geen verschil tussen de EKC-groep en de WT-groep; beide soorten aanpak werken in dit opzicht dus even goed. Persoonskenmerken spelen hierbij opnieuw geen rol van betekenis, maar wel is er een duidelijk verband tussen de problemen van respondenten en de ervaren zelfredzaamheid. De regressieanalyse toont daarbij zowel een effect van het *aantal problemen* als van de *ernst van de problemen*. Daarbij geldt, dat naar mate respondenten meer problemen hebben en ook ernstigere problemen, zij de eigen zelfredzaamheid lager inschatten.
Opmerkelijk is dat er tussen de 1e en 2e meting geen noemenswaardige stijging in ervaren zelfredzaamheid plaatsvindt, terwijl het aantal problemen dan wel daalt. Dit doet vermoeden dat de gesprekken (met professionals of netwerkleden) zelf al tot een gepercipieerde verbetering bij respondenten leiden.

Factoren die van belang zijn voor de inzet op netwerksteun (blz. 73-78 in dit rapport)
Via statistische analyse konden slechts beperkt aanwijzingen worden verkregen voor de factoren die op hun beurt (mede-)bepalend zijn voor een positief functioneren, en effect, van netwerksteun.
Via kwalitatief open vragen onderzoek is echter wel een aantal factoren gevonden die volgens respondenten de effectiviteit van het netwerk bevorderen, dan wel een risico hiervoor inhouden.
In de EKC-groep worden als risicofactoren voor succesvolle netwerksteun o.a. genoemd:
- sabotage door de hoofdpersoon/zorgvrager ('wil niets');
- onderling wantrouwen (schoon-)familie;
- aard problematiek: schulden;
- aard problematiek: ernstige verslaving;
- sleutelfiguren niet aanwezig op conferentie;
- en naar de professional toe: een sterk negatieve rol van de jeugdbescherming.

In de EKC-groep genoemde succesfactoren zijn onder meer:
- netwerkleden onderkennen de gemeenschappelijkheid van het probleem;
- netwerkleden zijn doordrongen van de ernst van de zaak en worden gestimuleerd om actief mee te denken;
- het (via een EK-c) bij elkaar aan tafel hebben van diverse specialismen; de gecreëerde mogelijkheid om agenda's op elkaar af te stemmen; en
- dat men zich als hoofdpersoon openstelt voor hulp en deze ook aanneemt.

Vanuit de EKC-groep werden nog de volgende aandachtspunten en aanbevelingen naar voren gebracht:
- na een Eigen Kracht conferentie zou een (of meer) follow-up(s) moeten worden georganiseerd;

- professionele hulpverleners/instanties zouden tijdens (het eerste deel van) een EK-c idealiter verplicht aanwezig moeten zijn; en
- EK-c's zouden (standaard) in een eerder stadium van hulpverleningstrajecten gefaciliteerd moeten worden.

In de WT-groep worden als risicofactoren voor succesvolle hulpverlening o.a. genoemd – ten aanzien van de professionele hulpverlening:

- de termijn voor de ingezette hulpverlening loopt te snel af
- inefficiënte regelgeving (grenzen tussen gemeenten of wijken; kostendelersnorm; steeds opnieuw aanbesteden van zorgverlening);
- langs elkaar heen werkende instanties (huisuitzetting niet gemeld bij MPH; afstemming tussen WTs en Werk & Inkomen);

– en naar het netwerk toe:

- toenemend isolement door hoge leeftijd;
- de wens familie niet lastig te vallen; en
- vrees voor represailles vanuit de eigen culturele groep.

In de WT-groep genoemde succesfactoren zijn onder meer, ten aanzien van de professionele hulpverlening:

- er is een 'klik' met de hulpverlener; er wordt echt geluisterd; niet alleen maar een lijstje afgevinkt.

Uit dit overzicht komen vele en zeer diverse factoren naar voren die slechts ten dele vallen binnen de aanvankelijk veronderstelde hoofdcategorieën van kenmerken, te weten: 'persoonlijke achtergrond', 'probleem', 'netwerk', of 'alliantie'. Vooral valt op het aantal verwijzingen naar factoren die veeleer met de *organisatie* van de (professionele) hulpverlening te maken hebben, en langs die weg ook de steun vanuit het netwerk (kunnen) beïnvloeden.
Tot zover de antwoorden op de open vragen. Met de gevonden patronen staat uiteraard nog geen bewezen oorzakelijk verband vast. Wel heeft dit onderdeel *indicaties* opgeleverd die richtinggevend kunnen zijn voor toekomstig nader onderzoek.

Onderzoeksvraag: de opbrengst van netwerksteun in termen van besparingen (blz. 91-93 in dit rapport)

Op basis van tamelijk frequent bij de EKC-groep en de WT-groep aangetroffen situaties waarin netwerksteun een rol speelde naast publiek bekostigde hulpverlening, zijn drie kostenscenario's uitgewerkt. Deze geven een realistisch beeld van besparingsmogelijkheden als gevolg van effectief gecombineerde professionele en netwerksteun. De volgende bedragen werden gevonden:

Tekstbox 2: Besparingsmogelijkheden Kostenscenario's

- In Scenario 1, jeugdveiligheid, wanneer netwerksteun ertoe leidt dat een kind thuis kan blijven wonen en pleegzorg wordt voorkomen: besparingsmogelijkheid minimaal € 20.800 voor het eerste jaar;
- In Scenario 2, waar het netwerk de regie over huishouding en administratie op zich neemt bij een volwassene met psychische klachten: besparingsmogelijkheid minimaal € 4.860 voor het eerste jaar;
- In Scenario 3, wanneer toezicht vanuit het netwerk ertoe leidt dat rond een vechtscheiding toch een toereikende ouderschaps- c.q. omgangsregeling tot stand komt: besparingsmogelijkheid minimaal € 5.434 voor het eerste jaar.

In alle gevallen gaat het om netto besparingen, waar steeds de kosten van een Eigen Kracht conferentie en (bij Scenario's 1 en 2) een informeel persoonsgebonden budget (PGB) al in verdisconteerd zijn.

Onderzoeksvraag: (mogelijkheden tot) gezamenlijke zorgregie (blz. 57 en 98-100 in dit rapport)

De feitelijke taakverdeling leidt in bovenstaande scenario's tot kostenbesparing, zij het dat de respondenten aangeven dat in de meeste gevallen zorgprofessional en netwerk 'los van elkaar' werken. Slechts een kwart van de EKC-groep is van mening dat hun netwerk en de professionals daadwerkelijk samenwerken. Binnen de WT-groep zijn nog minder respondenten deze mening toegedaan (9%). Aannemelijk is dat bij een optimale onderlinge afstemming van werkzaamheden, waarbij de zwakke kanten van elk type ondersteuning worden geneutraliseerd en de sterke kanten versterkt, de opbrengsten voor alle stakeholders nog vergroot kunnen worden; alsdan zou men van synergie of gezamenlijke zorgregie kunnen spreken. Dit vereist wel betere communicatie tussen de direct betrokkenen en een voortgaande meting van uitkomsten.

Evaluatie – Algemeen

De noodzakelijke aanpassingen in de onderzoeksopzet tijdens de beginfase van dit project hebben, achteraf bezien, juist belangrijke nieuwe inzichten opgeleverd ten opzichte van wat al bekend was uit bestaand onderzoek.
De exploratieve benadering in het voorliggende project bracht aan het licht dat in beide groepen de overgrote meerderheid van respondenten *en* professionele hulp *en* netwerksteun krijgt, zij het dat die steun op verschillende manieren bleek te zijn gemobiliseerd.
Dat het in de WT-groep en in de EKC-groep zelfs om identieke percentages (2 x 62%) respondenten gaat die beide vormen van ondersteuning kregen, is verrassend. Aannemelijk is hier een samenhang met het feit dat veelal van multiproblematiek sprake is. Kort gezegd: er spelen te veel (en te verschillende) problemen om *uitsluitend* door een professional of *uitsluitend* door het eigen netwerk te kunnen worden opgelost. Dat een even groot aandeel van de WT-groep als van de EKC-groep beide vormen van ondersteuning kregen (62%). Anders geformuleerd: de professional en het netwerk lijken (zeer) op elkaar te zijn aangewezen ook al is er nog maar in geringe mate sprake van samenwerking.
Met de nu in kaart gebrachte realiteit van multiproblematiek *en* meervoudige hulpverlening (door professional *en* netwerk) is een groter referentiekader beschikbaar gekomen voor toekomstig effectiviteitsonderzoek, dat minder contrastief en meer integratief gericht zal dienen te zijn.
De exploratieve benadering heeft ook aanwijzingen opgeleverd voor de invloed van specifieke probleemgebieden bij netwerkactivering, en de resultaten daarvan. Bij jeugdproblematiek worden met netwerkactivering, althans met de EKC-aanpak, de meest positieve resultaten bereikt, in de zin van vermindering van de problematiek. Verder laat inzet van het netwerk gunstige resultaten zien bij huisvestingsproblemen en huiselijke relaties. Bij ernstige psychische problemen en schuldenproblematiek levert netwerksteun daarentegen weinig op; dit geldt echter ook voor professionele hulpverlening.

De onderzoeksresultaten bieden dus geen steun voor de aanname, dat overal en altijd netwerksteun gemobiliseerd kan worden. Wel komt uit dit onderzoek beslist een minder somber beeld naar voren dan uit ander recent onderzoek, zoals dat van de Rekenkamer Rotterdam naar het functioneren van de Wijkteams op het punt van netwerkactivering. Dit verschil kan het gevolg zijn van de wijze van samenstelling van de respondentgroepen, maar ook van de maatstaf waaraan men uitkomsten afmeet: bij de Rekenkamer waren dit de torenhoge verwachtingen van de beleidstheorie achter de zorgtransitie.

Bij het zoeken naar een verklaring voor de (wellicht bescheiden) mate van netwerksteun is niet altijd duidelijk waar de grens ligt tussen 'kan niet' en 'wil niet'. Dit geldt voor *beide* kanten: cliënt *en* zorgprofessional.
Beleidsrelevant inzicht werd verkregen in de criteria die Wijkteam professionals hanteren ten aanzien van netwerkactivering als nieuw taakgebied. Zo lijkt de professional de mogelijkheden van netwerksteun bij multiproblematiek te onderschatten. Tot die constatering noopt de 'diagonale' vergelijking van EKC-respondenten met WT-zorgprofessionals. Numeriek spelen immers in de EKC-groep meer problemen dan in de WT-groep, terwijl in de EKC-groep per definitie een beroep op netwerksteun wordt gedaan, en zoals bleek niet zelden zonder succes. Het valt niet uit te sluiten dat naast inhoudelijke overwegingen ook tijdgebrek bij de WT-medewerkers een belangrijke rol speelt. Ook dit aspect, dat EKC-coördinatoren gemiddeld 12 x zoveel tijd (kunnen) besteden aan netwerk-activering als WT-professionals, heeft beleidsrelevantie, vooral als men (d.w.z. gemeente, professional *en* cliënt-zorgvrager) het wettelijk verankerde recht op een familiegroepsplan serieuzer gaat nemen. Het is zeker denkbaar dat een royaler tijdsinvestering zich op dit punt zal terugbetalen in de vorm van grotere en meer gemotiveerde sociale netwerken.

Evaluatie in het licht van 'slimme sturing'; budgettering en regulering (blz. 103-109 in dit rapport)

De gevonden resultaten zijn tevens geëvalueerd in het licht van het NWO Slimme sturing programma. Het betreft dan niet alleen de vraag of de aannames achter de beleidstheorie inzake de zorgtransitie stand kunnen houden (zie boven), maar ook de vraag hoe doelmatig de sturingsinstrumenten (gemeentelijke) 'budgettering' en (wettelijke) 'regulering' nu eigenlijk zijn.
Wettelijke regulering is ingezet als voornaamste sturingsinstrument om eigen (netwerk-) kracht te stimuleren. De bijna-*plicht* om de mogelijkheden van netwerkkracht te benutten alvorens publiek bekostigde voorzieningen in te zetten, is enigszins afgezwakt door recente rechtspraak. Wel is de taak om eventuele eigen (netwerk-)kracht vast te stellen op de schouders van de zorgprofessional gelegd - en daarmee uiteindelijk op de gemeenten.
Het met deze bijna-plicht corresponderende wettelijk recht op een Familiegroepsplan (of Eigen plan) is echter bij 70% van de WT-medewerkers onbekend. Ook heeft *geen* van de zorgvragende respondenten ooit van dit recht gehoord.
Nu het genoemde recht als zodanig kan worden ingeroepen, rust op gemeenten de plicht alle landelijk erkende wijzen waarop dit recht verwerkelijkt kan worden ook daadwerkelijk te faciliteren, rekening houdend met door gemeenten te stellen prijs- en kwaliteitseisen.
Zoals betoogd in dit eindrapport, vormt de op de gemeenten rustende faciliteringsplicht een nieuwe publieke taak per 1 januari 2015, welke dan ook vanaf die datum bekostigd dient te worden. Het valt niet uit te sluiten dat die investering, gezien de besproken kostenscenario's, zichzelf uiteindelijk 'terugverdient'.

Aanbevelingen

- Dit onderzoek laat zien dat zorgprofessionals en 'eigen' netwerken op elkaar zijn aangewezen gezien de complexe multiproblematiek van de meeste zorgvragers. Het verdient daarom aanbeveling te zorgen voor een optimale afstemming tussen beide vormen van ondersteuning.

- Het verdient aanbeveling de mogelijkheden van netwerksteun *in ieder geval* actief te onderzoeken in casussen waar sprake is van de probleemgebieden jeugdveiligheid, jeugdopvang en opvoedondersteuning, huiselijke relaties en huisvesting.

- Het verdient aanbeveling om bij het inventariseren van netwerken verder te kijken dan alleen naaste familie en vrienden. De 'buitenste ring' van maatschappelijke organisaties (zoals sportclubs of religieuze instellingen) die nog tot de omgeving van de zorgvrager gerekend kunnen worden, beschikken zelf weer over andere netwerken die mogelijk voor een andere dynamiek kunnen zorgen, vooral bij de nu vaak stagnerende oplossing van financiële problemen. Hier draagt noch de inzet van het eigen netwerk noch professionele hulpverlening zichtbaar bij aan significante afname van de problematiek.

- Het verdient aanbeveling om ook na afloop van Eigen Kracht conferenties enige begeleiding te bieden aan de betrokken families en overige netwerkleden. Dit is door een deel van de respondenten zelf aangedragen als mogelijk verbeterpunt ter verdere verhoging van de effectiviteit van conferenties.

- Het verdient aanbeveling om aan de Wijkteams meer middelen en tijd beschikbaar te stellen om niet alleen de netwerken van zorgvragers in te schatten, maar ook om deze te benaderen en te vergroten. Een deel van de WT-medewerkers heeft te kennen gegeven hier onvoldoende tijd voor te hebben.

- Gemeentelijke registratiesystemen voor het sociale domein lijken steeds meer volgens eigen lokale standaarden te worden ingericht. Het verdient aanbeveling om juist meer naar landelijke eenheid en uitwisselbaarheid van data toe te werken. Er zou in ieder geval een set aan gemeenschappelijke 'basisgegevens' moeten komen voor monitoring en benchmarkingsdoeleinden. Tevens wordt daarmee de mogelijkheid gefaciliteerd om veel grotere aantallen respondenten (verspreid over verschillende gemeenten) te bevragen zodat de effectiviteit van netwerksteun en professionele hulp nauwkeuriger kan worden bepaald dan nu mogelijk is.

- Het is gebleken dat veel Wijkteammedewerkers terughoudend zijn om in te zetten op netwerksteun wanneer sprake is van multiproblematiek, terwijl in de EKC-aanpak netwerksteun ook dan vaak blijkt te werken. Om te voorkomen dat desbetreffend segment van de Wijkteamcliënten bij voorbaat verstoken blijft van dergelijke steun, verdient het aanbeveling dat gemeenten, indachtig de op hen rustende beleidsplicht, ook dit segment zorgvragers faciliteert door bewustmaking van professionals en door begeleiding beschikbaar te stellen, daaronder nadrukkelijk begrepen begeleiding van buiten de Wijkteams.

- Gemeenten zijn wettelijk verplicht zorgprofessionals en zorgvragers, vertrouwd te maken met het recht op een Familiegroepsplan c.q. Eigen plan. Het verdient aanbeveling om hier aandacht aan te besteden in de permanente educatie van functionarissen werkzaam in zowel beleid als uitvoering.

- Het is aannemelijk dat gemeenten verschillen ten aanzien van de wijze waarop zij ieder afzonderlijk de transformatie in de zorg hebben vormgegeven. (Rechts-)ongelijkheid kan, en zal waarschijnlijk het gevolg zijn. Het verdient daarom aanbeveling onderzoek met de huidige reeds beschikbare opzet ook in andere gemeenten uit te voeren, bijvoorbeeld in G4-verband.

Afkortingen

BuPoVerdrag	Verdrag Burgerlijke en Politieke Rechten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJG	Centrum Jeugd en Gezin
EKC	Eigen Kracht Centrale
EK-c	Eigen Kracht conferentie
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FGC	Family Group Conference
FGDM	Family Group Decision Making
FGP	Familiegroepsplan
GI	Gecertificeerde instelling
JB	Jeugdbescherming
Jeugd-ggz	Jeugd geestelijke gezondheid
Jeugd-lvb	Jeugd licht verstandelijk beperking
IPO	Interprovinciaal Overleg
JBBR	Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond
KBR	Kredietbank Rotterdam
MinBZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken
MinVWS	Ministerie Volksgezondheid Welzijn Sport
NAH	Niet-aangeboren hersenletsel
NJI	Nederlands Jeugd Instituut
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OTS	Ondertoezichtstelling
POH	Praktijkondersteuning bij de Huisarts
PGB	Persoonsgebonden Budget
RCT(s)	Randomised Control Trial(s)
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SOK	Samenwerkingsovereenkomst Wijkteams Rotterdam
UvA	Universiteit van Amsterdam
VAI	Vraag Analyse Instrument
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VS	Verenigde Staten van Amerika
WLZ	Wet Langdurige Zorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	Wet Publieke Gezondheidszorg
WSNP	Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen
WT	Wijkteam
ZVW	Zorgverzekeringswet

1. Inleiding

In dit rapport worden de achtergrond, opzet en uitkomsten beschreven van het onderzoeksproject 'Lokaal bestuur en eigen kracht in Rotterdam'. Dit project vond plaats in het kader van het programma 'Slimme sturing' (*Smart governance*) van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Het onderzoeksvoorstel voor dit project werd in 2014 ingediend vanuit de Erasmus Universiteit en, samen met een viertal andere voorstellen, gehonoreerd door het NWO Gebiedsbestuur Maatschappij- en Gedragswetenschappen, onder meer op basis van internationale referenten oordelen (Koppenjan e.a., 2018).

1.1 Het NWO programma Slimme sturing

Het NWO Slimme sturing programma beoogde onderzoek naar actuele maatschappelijke vraagstukken te bevorderen, door de eis te stellen dat universiteiten en maatschappelijke organisaties een samenwerkingsverband aangaan voor de duur van het onderzoek.
In de tweede helft van 2013 bleken twee maatschappelijke organisaties interesse te hebben in deelname aan een projectaanvraag met als onderwerp: het vergroten van de eigen kracht van zorgvragers in het sociale domein.
Dit waren de Eigen Kracht Centrale (EKC) te Zwolle, die sinds 2000 Eigen Kracht conferenties (EK-c's) aanbiedt en de Gemeente Rotterdam, die op dat moment een aantal van dergelijke EK-c's had ingekocht, ten behoeve van het zorgdomein Jeugd en ten behoeve van het zorgdomein Activerend Armoedebeleid. Op dat moment stonden de Nederlandse gemeenten aan de vooravond van een zeer omvangrijke operatie: de zorgtransitie.

1.2 Aanleiding: de aanloop naar de zorgtransitie

De zorgtransitie omvat een *decentralisatie* van verantwoordelijkheden op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en arbeidsparticipatie van Rijk en provincies naar de gemeenten. Tegelijkertijd omvat zij een verstrekkende *transformatie*: zorgprofessionals dienen voortaan de 'eigen kracht' van burgers en hun sociale omgeving voorop te stellen. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Jeugdwet en de Participatiewet vormen de basis voor deze ingrijpende operatie. De vier overkoepelende beleidsdoelstellingen die vooral aan de transformatie raken, zijn:

Tekstbox 1.1: Overkoepelende beleidsdoelstellingen transformatie

1. Participatie: mensen moeten naar vermogen kunnen participeren in de samenleving;
2. Integrale ondersteuning: één gezin, één plan, één regisseur;
3. 'Ont-zorgen': minder specialistische zorg, ont-medicalisering, meer preventie; en
4. Versterken van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid: de overheid is er alleen voor mensen die hun problemen niet op eigen kracht kunnen oplossen.

Naast de term 'zelfredzaamheid' deed in beleidskringen en de media al snel de term 'samenredzaamheid' opgeld. Hiermee wordt gedoeld op helpende medeburgers die deel uitmaken van het sociale netwerk, waaronder het familienetwerk, van een persoon met een zorgvraag. Veel werd dus verwacht van gemeenschapszin en collectief verantwoordelijkheidsgevoel. Na 'de calculerende burger' deed nu 'de altruïstische burger'

zijn intrede. Echter, het realiteitsgehalte van deze politieke aannames was en is nog steeds onduidelijk.
Wanneer en onder welke voorwaarden precies zijn mensen die zorg vragen in staat om, al dan niet met steun van hun sociale netwerk, hun eigen boontjes te doppen? En blijven leden van een netwerk bereid langdurig ondersteuning te geven?
De behoefte van de maatschappelijke partners, de Gemeente Rotterdam en de EKC, aan meer kennis over de werking van eigen kracht wordt dan begrijpelijk.

In het bestek van dit onderzoek wordt de achtergrond van de zorgtransitie die eigen kracht centraal stelt hierna kort besproken.

Rond de eeuwwisseling openbaarde zich een groeiende onvrede over de 'lokettencultuur' die was ontstaan in zorg en welzijn, en de toenemende fragmentatie in het hulpverleningsaanbod. Deze ontwikkeling kan men plaatsen tegen de achtergrond van de bekende 'maatschappelijke orde driehoek' (Winter, 2015; Clarijs, 2012). Hierbinnen bevindt zich, in de bovenste hoek, de *overheid*, die functioneert volgens een hiërarchisch model, met regelgeving als instrument bij uitstek. In de overige hoeken bevinden zich respectievelijk de *markt*, functionerend volgens het ruilmodel met het prijsmechanisme als instrument, en de *gemeenschap van burgers,* waar samenwerking, veelal berustend op loyaliteit, het dominante model is.

Zorg en welzijn werden tot ver in de 20e eeuw overwegend vanuit de verzuilde gemeenschap georganiseerd. Vanaf 1950 werd hulpverlening, dankzij effectief lobbywerk vanuit het maatschappelijk middenveld, in toenemende mate bij de overheid ondergebracht (De Waal, 2015). Zorg en welzijn werden geprofessionaliseerd, en hulpverlening gestandaardiseerd op basis van het gelijkheidsbeginsel. De groei van het aantal zorgprofessionals leidde daarnaast tot specialisatie en – uiteindelijk – verkokering.

Eind jaren '80 deed de filosofie van het *New Public Management* zijn intrede. Zorginstellingen moesten op bedrijfsmatige leest herschoeid worden. Het management kwam op afstand te staan van de zorgprofessionals. Zij moesten zich in toenemende mate verantwoorden voor geleverde (kwantificeerbare) 'output'. De zorgvrager werd (passieve) consument van het 'zorgproduct'. Daarover klagen mocht wel, maar dat leverde de zorgconsument meestal weinig op.

In het internationale discours over mensenrechten kregen intussen de zorgvrager, de patiënt, het kind en zijn naaste familie meer rechten toegekend. Inspraak en instemming van de patiënt bij een behandeling werd de norm (Yishai, 2012).
Deze internationale stroming vertaalde zich ook in meer rechten voor het gezin en de familie. Tegen die achtergrond ontstond in 1989 in Nieuw Zeeland het fenomeen van de *Family Group Conference* (FGC).

1.3 De filosofie van Eigen kracht en Eigen regie

De Nederlandse EK-c is gebaseerd op het model van de FGC, dat in korte tijd zijn weg heeft gevonden naar vele andere landen, waaronder het Verenigd Koninkrijk, diverse Scandinavische landen en de Verenigde Staten (VS). In de VS raakte de term *Family Group Decision Making* (FGDM) in zwang.
Hoewel de wijze van inbedding in de diverse nationale zorgstelsels nogal uiteen loopt, zijn de onderliggende principes vergelijkbaar.

De FGC, FGDM of EK-c werd de exponent van een stroming die, tegenover het systeemdenken van de lokettencultuur, de leefwereld en eigen regie van de burger en diens familie centraal stelde.

De oorsprong van de FGC ligt in Nieuw-Zeeland. Hier ontstond de FGC na jarenlang aandringen vanuit de Maori-gemeenschap. De omstandigheid dat Maori-kinderen oververtegenwoordigd waren in instellingen van de jeugdbescherming en in inrichtingen voor jeugddelinquenten zorgde voor veel kritiek op de overheid, inclusief beschuldigingen van racisme. De Nieuw-Zeelandse overheid bracht in reactie daarop in 1989 een nieuwe wet tot stand, de *Children, Young Persons and their Families Act*.

Deze wet bepaalt het volgende: wanneer ernstige opgroei- en opvoedproblemen de overheid aanleiding geven om beschermingsmaatregelen ten behoeve van een jeugdige te overwegen, zoals gedwongen uithuisplaatsing, komt aan de familie in ruime zin het recht toe om zelf een plan te maken. Een dergelijk plan kan de zorgen rond het kind wegnemen, bijvoorbeeld door opvoedondersteuning binnen het eigen familie-netwerk te regelen.

Wanneer een zorgelijke opgroeisituatie is geconstateerd en de jeugdbeschermingsinstantie van mening is dat maatregelen noodzakelijk zijn, dan is deze wettelijk verplicht een FGC bijeen te roepen. Degene die dan concreet het voorbereidende werk op zich neemt is de *care and protection coordinator*, een persoon die de taal van de familie spreekt en zelf buiten de hiërarchische lijnen van de overheid staat. De voorbereidingen vormen als zodanig de belangrijke eerste fase in het proces. Verwanten moeten door de *coordinator* worden opgespoord, soms overgehaald en vervolgens goed voorbereid worden op de conferentie. Daar is veel tijd mee gemoeid.

Tekstbox 1.2: Het verloop van een Eigen Kracht conferentie in drie fasen

Na de voorbereidende fase voltrekt de 'eigenlijke' conferentie zich in drie opeenvolgende fasen.

In de eerste fase, *information sharing*, deelt een professionele jeugdhulpverlener zijn of haar zorgen met de familie. In deze fase treedt de eerdergenoemde *coordinator* op als gespreksleider/procesbegeleider.

Daarna trekken professional en *coordinator* zich terug en breekt fase twee aan: de *private family time*. Dit is bij uitstek het moment dat de familie zelf de regie in handen kan nemen, en dat meestal ook doet. De familie stelt tijdens deze besloten fase zelf een plan op waarin wordt bepaald wie welke verantwoordelijkheden op zich zal nemen ten aanzien van het kind in kwestie.

In de derde fase, de slotfase, wordt het plan gepresenteerd aan de professionele hulpverlener. De wet bepaalt dat deze het plan ten uitvoer moet brengen, tenzij dit onredelijk zou zijn. In de praktijk komt het regelmatig voor dat de professionele hulpverlener randvoorwaarden stelt ten aanzien van bijvoorbeeld de veiligheid van het kind, maar als die vervuld worden, geldt het plan als uitgangspunt voor verdere acties.

In Nederland werd in 2000 de EKC opgezet door verontruste zorgprofessionals.
Als private aanbieder faciliteert de EKC Eigen Kracht conferenties, zoals men de FGCs in Nederland is gaan aanduiden, door zelf coördinatoren te trainen die moeten werken volgens het Nieuw-Zeelandse model. Van meet af aan zijn EK-c's gepropageerd voor meer dan alleen jeugdproblematiek. Ook ouderenzorg, vereenzaming, en hulpverlening bij schulden vormen denkbare toepassingsgebieden. Kort na 2000 begonnen opeenvolgende stadsregio's en provincies met het inkopen van een beperkt aantal EK-c's bij de Centrale.

De EK-c's zijn wel aangemerkt als 'breekijzer' tegen de lokettencultuur in de zorg, en dit ontging ook de Nederlandse overheid niet (Clarijs, 2012). In Den Haag richtte men zich, na

een kritische evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg, op een meer omvattende reorganisatie in de zorg: de transitie.

1.4 De zorgtransitie krijgt gestalte

De maatschappelijke onvrede nam verder toe en denktanks zoals de toenmalige Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) stortten zich op de materie. Een invloedrijk RMO-essay getiteld 'Burgerkracht: de toekomst van het sociaal werk in Nederland' concludeerde dat de zorgvragende burger was gemarginaliseerd door de toegenomen macht van overheid en markt (De Boer & Van der Lans, 2011). Projecten op wijk- en buurtniveau waarbij de burger zelf weer aan zet komt, zo nodig met inzet van vrijwilligers in de kring om hen heen, werden als oplossingsrichting aangewezen. De zorgprofessional moest meer generalist worden, bij gezinnen achter de voordeur kijken ('erop af'), waardoor ook meer preventief gewerkt zou kunnen worden.
Beter 'luisteren naar de samenleving' en 'verminderen van bureaucratie' waren al langer vaak gehoorde beleidsvoornemens. Rond 2011 leek het ernst te worden. De reden was duidelijk: in dezelfde periode bevond Nederland zich nog in het kielzog van de financiële crisis, die noopte tot drastische bezuiniging op de overheidsuitgaven.

Hiermee zijn de twee belangrijkste, en deels tegengestelde drijfveren achter de zorgtransitie in beeld gekomen: bezuinigen op de steeds verder oplopende zorguitgaven enerzijds, en anderzijds herstel van zeggenschap en eigen verantwoordelijkheid van zorgvragers en hun sociale netwerk. Deze koppeling suggereert een vorm van 'slimme sturing', maar kunnen en willen zorgprofessionals daaraan meewerken? Wat kunnen en willen de zorgvragende burgers zelf? Dilemma's doemen hier op, zoals verwoord door De Boer, in zijn recensie van het kritische boek van De Vries 'Erop af…. En dan?'

Tekstbox 1.3: Slimme sturing in de zorg mogelijk door bezuiniging en herstel zeggenschap burger?

De Vries vraagt zich af:
[…] mogen we kwetsbare mensen voor hun zorg afhankelijk maken van de onbestendigheid van vrijwilligheid? […] Er zullen cliënten zijn die de neutraliteit, het ambtsgeheim en de deskundigheid van professionals prefereren boven de afhankelijkheid van de goodwill van de familie en vrijwilligers en de gevoelde verplichting tot dankbaarheid en wederdienst.

De Boer repliceert:
De ethische wedervraag is […]: staat het zulke cliënten vrij om die persoonlijke en begrijpelijke voorkeur ongevraagd door het collectief te laten betalen? (De Boer, 2012).

Het is belangrijk de internationale dimensie op dit punt te onderstrepen. Landen met een hoog collectief voorzieningenniveau zijn door het vrijwel wegvallen van nationale grenzen ernstig onder druk komen te staan. Soortgelijke transities zijn dan ook in de ons omringende landen waargenomen, zoals Cameron's toenmalige *Big Society* agenda *('society is not a spectator sport')* in het Verenigd Koninkrijk (Civil Exchange, 2015).
Het begrip *Big Society* laat zich moeiteloos vertalen in het Nederlands als participatiesamenleving, het trefwoord uit de in 2013 uitgesproken troonrede. Inderdaad hebben in Nederland de pleitbezorgers voor lokalisering van zorg en een actieve rol voor de zorgvrager en zijn netwerk de overhand gekregen. Zoals bekend zijn per 1 januari 2015, na een minimale voorbereidingstijd, verantwoordelijkheden op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en arbeidsparticipatie, gedecentraliseerd *van* Rijk en provincie *naar* de gemeenten.

1.5 Decentralisatie, sociaal domein, eigen kracht, zelfredzaamheid

Enkele kernbegrippen rond de zorgtransitie, die ook direct raken aan het onderzoek, worden hier eerst nader besproken.

1.5.1 Decentralisatie en de Wijkteams

Tegelijk met de overheveling van taken naar de gemeenten werd bezuinigd op de hiermee gemoeide budgetten (CPB, 2013). Deze bezuiniging achtte men gepast aangezien efficiency winst gerealiseerd zou kunnen worden door 'vroegtijdige signalering en ingrijpen' door de gemeenten, die anders dan Rijk en provincie 'dicht bij de burger' staan.
De nieuwe wetgeving laat echter in het midden hoe gemeenten 'het sociale domein organiseren', meer in het bijzonder wie hier de ogen en oren (en handen) van de gemeenten moeten gaan vormen.
Een opvallend aspect van de Nederlandse zorgtransitie is dat bijna alle gemeenten hun toevlucht hebben genomen tot integrale 'sociale wijkteams', zij het in verschillende variëteiten (Oude Vrielink e.a., 2014). Hoewel er in enkele gemeenten eerder was geëxperimenteerd met zulke teams, kan men nauwelijks volhouden dat de landelijke introductie van deze organisatievorm *evidence based* was.

De Rotterdamse Wijkteams (WTs) worden, evenals die in de meeste andere steden, samengesteld uit gemeenteambtenaren en professionele hulpverleners, die meestal worden gedetacheerd naar het WT vanuit hun eigen specialistische zorginstellingen. Het betreft zorginstellingen die met succes hebben ingeschreven op door de gemeente periodiek uit te schrijven openbare aanbestedingsrondes. In Rotterdam vormt de 'Samenwerkingsovereenkomst wijkteams Rotterdam' (SOK), gesloten tussen de gemeente als publiekrechtelijke rechtspersoon en de geselecteerde zorgaanbieders, de basis van deze samenwerking in de WTs. In de eerste jaren na de formele transitiedatum (1 januari 2015) stond continuïteit van de geboden zorg voorop. Dat verschafte enige rust voor de zorgvragers maar ook voor de WT-leden zelf. Hoewel men al voor de eigenlijke transitiedatum met WTs voor jeugd en volwassenen was gaan werken, dienden nog veel zaken betreffende het functioneren van de teams nader te worden uitgewerkt (Oldenhof & Bal, 2014).

Door niet langer *specialisme*-gebonden maar *wijk*-gebonden te werken, zou aan het bekritiseerde, gecompartimentaliseerde systeemdenken een eind kunnen worden gemaakt. Door betere onderlinge samenwerking van hulpverleners zou de nieuwe werkfilosofie 'één gezin, één plan, één regisseur' kunnen worden gerealiseerd. Maar dit vereist dat de zorgprofessionals die vroeger juist het eigene van de benadering van hun werkgever (de specifieke zorgaanbieder) benadrukten en van daaruit werkten, nu juist over hun grenzen heen zouden stappen om de samenwerking met voormalige 'concurrenten' te zoeken. Het gevaar van dubbele loyaliteiten, aan het team en aan de eigen werkgever, was alleszins reëel (Hamdi e.a., 2014).
Daarbij kwamen de onduidelijkheden over de feitelijke zeggenschap van de WT-leiders, nu er verschillende formele werkgevers bij betrokken waren, die naar eigen inzicht teammedewerkers konden terugtrekken of juist voordragen. Rotterdam telde aanvankelijk 42, thans 44 WTs, verdeeld over vier rayons: Noord Binnen respectievelijk Buiten, Zuid Binnen respectievelijk Buiten. Als leidinggevend orgaan van de ambtelijke WT-leiders werd het instituut van het rayonmanagement geïntroduceerd.
Om te voorkomen dat de WTs zouden worden overspoeld, werd het burgers met een zorgvraag niet toegestaan, althans niet in Rotterdam, zich rechtstreeks tot een team te wenden. Hiertoe werden uiteenlopende 'voor-verwijzers' aangewezen, zoals het loket van de

Vraagwijzer (met 17 vestigingen in de stad), de Centra Jeugd en Gezin (CJG), maar ook scholen en huisartsen, die samen met welzijnsorganisaties in de wijk het 'wijknetwerk' vormen, dat ook wel als de 'nulde lijn' in de sociale zorg wordt aangeduid (Matthijssen, 2014).

Bezien vanuit deze verschillende toeleidingsroutes, vormen de WTs niettemin de rol van 'spin in het web'. De WTs beslissen of in een concrete casus professionele ondersteuning nodig is, en zo ja, of die ondersteuning vanuit het WT zelf geboden kan worden (1^e lijn), of dat een specialistische, maatwerk-voorziening nodig is (2^e lijn). Kort na aanvang van dit onderzoek is de stap naar integrale WTs gezet (hulp aan jeugd *en* volwassenen), hoewel de registratiesystemen nog tot 2018 gescheiden bleven (zie Hoofdstuk 2).

De bekostiging van maatwerkvoorzieningen c.q. specialistische hulp komt uit de met de WMO en de Jeugdwet naar de gemeenten overgedragen budgetten. Maar ook andere wetgeving, en de daaraan verbonden systematiek voor indicatiestelling en/of bekostiging komt regelmatig bij de WTs in beeld, vooral op het deelgebied Jeugd. Onder de Jeugdwet valt onder meer hulp bij psychische aandoeningen (Jeugd-ggz) en ondersteuning voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (Jeugd-lvb).
Bij ernstige of meervoudige beperkingen kan men voor zorg in aanmerking komen onder vigeur van de Wet Langdurige Zorg (WLZ) welke wordt uitgevoerd via zorgkantoren. Een kortdurende zorgbehoefte kan via de Zorgverzekeringswet (ZVW) worden gedekt, die door de zorgverzekeraars wordt uitgevoerd.
Het WT is niet oordeelsbevoegd ten aanzien van iedere vorm van jeugdhulp die in de Jeugdwet genoemd wordt. Dit geldt met name voor de niet-vrijblijvende hulp (het gedwongen kader), waar jeugdbeschermers, zoals Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond (JBRR), de zorgregie op zich nemen (voor complicaties in de verhouding tussen Jeugdbescherming en WT, zie Hoofdstuk 4).[1]
Vergoedingen onder de ZVW en de WLZ liggen in het algemeen vast, maar bij het bepalen van vergoedingen onder de Jeugdwet en de WMO hebben de gemeenten aanzienlijke beleidsvrijheid gekregen. In 2015 bracht de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) een brochure uit met een overzicht van uiteenlopende 'Bekostigingsmodellen Jeugd en WMO', inclusief taakgerichte en outputgerichte bekostiging (VNG, 2015). Aan de laatste methode zijn gedurende de looptijd van dit onderzoek wel nadere voorwaarden c.q. grenzen gesteld via rechterlijke uitspraken.

Van bekostiging is het een kleine stap naar bezuinigingen, of positiever geformuleerd: *efficiency gains*. Die zouden onder andere door vroegtijdige signalering van problemen gerealiseerd kunnen worden, zo was het idee bij de zorgtransitie. Daartoe zouden steeds twee WT-medewerkers met verschillende achtergrond de *intake* van zorgvragers achter de voordeur moeten verrichten, via een zogenoemd Keukentafelgesprek. Het 'probleem-achter-het-probleem' zou zo beter in beeld kunnen worden gebracht alsook de mogelijkheden van de zorgvragende burger om de eigen (netwerk-)kracht aan te boren. Laatstgenoemde prioriteit werd ook expliciet opgenomen in de reeds genoemde SOK (Considerans, onder punt c).

1.5.2 Reikwijdte van het 'sociaal domein'

Voordat nader kan worden ingegaan op het begrip 'eigen kracht', dient het begrip 'sociaal domein' nader te worden afgebakend. In zijn eerste 'Overall Rapportage Sociaal Domein' merkt het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) terecht op, dat dit domein méér omvat dan alleen de verantwoordelijkheden die per 1 januari 2015 zijn gedecentraliseerd (SCP, 2016).

[1] Jeugdbeschermers werken met ingang van 1 januari 2015 separaat vanuit Gecertificeerde Instellingen (GI).

Ook schuldenproblematiek wordt hier toe gerekend, waarbij de schulddienstverlening al langer onder het bereik van de gemeenten viel.

Via de Vraagwijzer kunnen Rotterdammers met problematische schulden worden doorverwezen naar de Kredietbank Rotterdam (KBR). KBR kan helpen met een saneringskrediet, maar ook met schuldbemiddeling, wanneer crediteuren bereid zijn daaraan mee te werken. Als geen minnelijke regeling met crediteuren mogelijk is, wordt het gerechtelijk parcours van de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (WSNP) gevolgd. Het is de gemeente die een daartoe strekkende verklaring en een verzoekschrift indient bij de rechter, die vervolgens een bewindvoerder aanstelt die aan de rechtbank dient te rapporteren.

Jungmann heeft er al op gewezen dat het aantal huishoudens met problematische schulden de afgelopen 20 jaar is verdrievoudigd. Niettemin zoeken betrokkenen in de meeste gevallen rechtstreeks met hun schuldeisers een oplossing, zonder de tussenkomst van schuldhulpverlenende instanties (Jungmann, 2012). De afgelopen jaren is de schuldenproblematiek nog verder toegenomen, en is door een samenwerkingsverband van onder meer de VNG en Sociaal Werk Nederland ingezet op een rigoureuze en geïntegreerde aanpak met een sterker regierol voor gemeenten, via het landelijk programma 'Schouders eronder!' (VNG, 2019).
De schulddienstverlening staat los van de Participatiewet. Maar in de praktijk zijn het niet zelden personen met bijvoorbeeld een bijstandsuitkering die in een problematische schuldencrisis geraken.

Ook zorg die gepaard gaat met verblijf in een instelling, althans met 24 uurs zorg wegens ernstige lichamelijke en/of geestelijke gezondheidsproblemen, valt binnen het sociaal domein, maar (merendeels) buiten het bereik van door Rijk of provincie aan de gemeenten overgedragen verantwoordelijkheden. Deze zorg berust op de WLZ en wordt geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Kosten worden gedekt uit premies en aanvullend uit belastingopbrengsten. Medische (daaronder begrepen: psychiatrische) zorg van beperkter omvang, valt onder de ZVW en wordt eveneens bekostigd uit premies en aanvullend belastingopbrengsten. Hier is de zorgverzekeraar de instantie die toegang verleent en daartoe ook verplicht is op basis van de polisvoorwaarden.
De WLZ, de ZVW en de Wet Publieke Gezondheidszorg (WPG) vormen samen met de Jeugdwet en de WMO de vijf zogeheten 'Stelselwetten' in de zorg.

Het terrein van traditioneel 'medische' zorg valt dus deels binnen het sociaal domein, namelijk voor zover die zorg ook raakt aan overwegend sociale problematiek en het terrein van de eigenlijke sociale hulpverlening.

Zorgprofessionals vormen een divers gezelschap variërend van maatschappelijk werkers, via bewindvoerders naar gespecialiseerde orthopedagogen en psychotherapeuten.
Opvallend is dat in de eigenlijke sociale hulpverlening alle heil wordt verwacht van schaal*verkleining* en *generalisten* die dicht bij de burger werkzaam zijn, terwijl in de traditioneel medische zorg juist het omgekeerde het geval is. Hier wordt veel heil verwacht van schaal*vergroting* en concentratie van ervaren *specialisten*, waarvoor de patiënt desnoods 50 km moet reizen (Van Hulst, 2016).
Deze tegenstelling zegt wellicht iets over de mate waarin de onderscheiden beroepsbeoefenaren in het sociaal domein geen daadwerkelijk homogene en gevestigde professie vormen en de daarbij behorende status genieten.
Het is nog maar betrekkelijk kort geleden dat kenniscentra zoals het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) en Movisie zijn begonnen de voorheen *tacit knowledge* van zorgverleners programmatisch te ordenen en systematisch te (laten) toetsen (De Koster, 2016).

In 2009, in de aanloopperiode naar de transitiedatum, had het NJI een hard oordeel geveld over de professionaliteit van de sociale hulpverlening (Van der Zijden, 2009). Een professionele checklist bij diagnostisering was nog geen gemeengoed en feedback over de effectiviteit van geïndiceerde interventies bleek vaak te ontbreken. Verder zouden in het financiële model van vóór 2015 prikkels ontbreken om dure zorg kritisch tegen het licht te houden. Uit het korte overzicht van de stelselwetten blijkt echter al dat het sociale zorglandschap ook na 1 januari 2015 niet vrij is van versnippering.
Ook werd in de NJI publicatie uit 2009 twijfel geuit of zorgprofessionals aan zorgvragers wel handvatten zouden kunnen bieden voor ontplooiing van eigen initiatief. Dit voert rechtstreeks naar het onderwerp 'eigen kracht'.

1.5.3 Eigen kracht en Eigen regie: de transformatie

De kenniscentra in het sociale domein hebben zich na de zojuist besproken kritiek met verve op het thema 'eigen kracht' gestort. Het NJI zelf kwam in 2010 met een notitie 'Het versterken van de eigen kracht en het sociale netwerk van jeugdigen, ouders en gezinnen'. Hierin worden 38 interventies uit de databank Effectieve Jeugdinterventies beschreven, variërend van een 'Oudercursus Drukke Kinderen' tot een 'Project Marokkaanse Buurtvaders'. Dat jaar was, anticiperend op de zorgtransitie, in het toenmalig Interprovinciaal Overleg (IPO) al afgesproken dat voor provincies, gemeenten en zorginstellingen een overzicht nodig was van interventies die de eigen kracht van jeugdigen, ouders en hun omgeving zouden kunnen versterken. De *mogelijkheden* van gezinsleden, in plaats van hun *tekorten*, zouden centraal moeten staan. De zorgprofessional zou het gezin zeggenschap moeten geven over hulp en ondersteuning. Bovendien zouden sociale netwerken actief bij planvorming betrokken moeten worden.

Movisie publiceerde in 2013 haar 'Kennisdossier nr. 5: zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid' (Movisie 2013). *Zelfregie* werd daarin omschreven als 'het zelf bepalen en leiding nemen door de cliënt, waarbij de professional volgt'. Centraal staat de vraag: 'wat wil ik'?
Bij *eigen kracht* gaat het om het aanboren van eigen mogelijkheden en vaardigheden van de cliënt waarbij de professional vertrouwen toont. Hier gaat het om 'wat kan ik'?
Bij *zelfredzaamheid* gaat het om het kunnen leiden van een zelfstandig leven ('mee kunnen doen') met zo min mogelijk overheidssteun. Hier gaat het om de vraag: 'zijn compenserende voorzieningen' nodig? Met steun van een eigen netwerk (onder wie lotgenoten) kan men 'samenredzaam' zijn.
Eigen verantwoordelijkheid draait om de vraag: 'wat moet of mag ik zelf doen'?
Vervolgens wordt het gebruik van de begrippen in de praktijk besproken aan de hand van enkele voorbeelden, te weten: zelfhulpgroepen, PGB's, project 'De Stadsburg', de website 'ervaringswijzer', en de EK-c's.

Hoezeer vanuit de eigen regie of vanuit de eigen kracht van cliënten gewerkt zou kunnen worden, was bij de invoering van het nieuwe stelsel nog niet duidelijk. Toch werd ook in de Rotterdamse beleidskaders voor Jeugd ('Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel') en WMO ('Rotterdammers voor Elkaar – van Verzorgingsstaat naar Verzorgingsstraat'), beide vastgesteld in 2014, verkondigd: 'Professionals krijgen de komende jaren meer ruimte om sneller en slagvaardiger te handelen, gericht op de eigen kracht en zelfregie bij Rotterdammers.'

Movisie kondigde het opzetten van een databank en trainingen aan. Met steun van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) richtten veel gemeenten samen met Hbo-instellingen zogeheten 'WMO-werkplaatsen' op, recent hernoemd tot 'Academische Werkplaatsen'. Hier worden praktijkgerichte studies verricht met de bedoeling een bijdrage te

leveren aan verbetering van de professionele beroepspraktijk in de sector zorg en welzijn, met oog voor de aansluiting tussen opleiding en werkveld. Studies met veelzeggende titels zijn in dit verband: 'De Zorgkracht van Sociale Netwerken' (Steyaert & Kwekkeboom, 2012) en 'Lerende Sociale Professionals' (Walraven & Witte 2015). Zorgprofessionals worden dus op een kanteling van hun rol voorbereid. Speciale vermelding verdient de studie 'Activering Sociale Netwerken' (Dudevszky & Lohman, 2015), een onderzoek naar het vergroten van zelfredzaamheid door de inzet van Eigen Kracht conferenties in Rotterdam. De auteurs merken op dat de Gemeente Rotterdam de praktijk van EK-c's ziet als veelbelovend. In de onderzoeksperiode 2013-2014 had de Gemeente 450 EK-c's ingekocht bij de EKC, voor inzet in de domeinen Jeugd en Activerend Armoedebeleid. Via desktop onderzoek en interviews met ruim 20 zorgprofessionals en beleidsambtenaren, alsook met twee deelnemers aan EK-c's, hebben de auteurs getracht de verwachtingen van de Gemeente in perspectief te plaatsen. Bij afsluiting van hun studie constateerden Dudevsky en Lohman – enkele maanden nadat het onderzoek waarover het hier voorliggende rapport handelt, was gestart – dat de inzet van EK-c's op het terrein van Activerend Armoedebeleid moeizaam was verlopen.

Een interessante bevinding is dat op het terrein Armoedebeleid, het draagvlak bij professionals in de uitvoering ontbrak, maar de steun in politiek-bestuurlijke kring juist groot was en bleef, zelfs toen resultaten bleken tegen te vallen.
Het domein Jeugd laat juist het omgekeerde beeld zien. Hier was het draagvlak onder professionals tamelijk groot, maar ontbrak steun vanuit bestuurlijke en beleidskring. Als aanbeveling gaven de auteurs onder meer mee aan de Gemeente, om te zorgen voor 'kritische uitwisseling van kennis en ervaring ten aanzien van de inzet van EK-c's met niet-belanghebbende partijen' en daarbij 'professionals en burgers te betrekken die bekend zijn met de dagelijkse werkelijkheid op straat en achter de voordeur.'

1.6 Onderzoeksvragen Gemeente Rotterdam en Eigen Kracht Centrale

De verkennende studie van Dudevsky en Lohman kan worden aangemerkt als opmaat naar het nu te bespreken onderzoek, al waren de onderzoeksvragen van de Gemeente Rotterdam en de EKC al in 2014 in de Engelstalige NWO projectaanvraag geformuleerd.

De vraag van de Gemeente luidde als volgt:

Tekstbox 1.4: Engelstalige vraag Gemeente Rotterdam

The Rotterdam municipality is interested in ciritical success factors in EK-c deployment for Rotterdam citizens; and the yield of EK-c in terms of enduring support and empowerment for the citizenry, in terms of synergy for traditional professions, and in socio-economic terms generally. What is optimal EK-c deployment, from a policy point of view?
The results of the research will contribute to developing a policy and practice for citizens facing problems in social domains to solve these problems – to the extent possible – through their own social networks.

De vraag van de EKC luidde als volgt:

Tekstbox 1.5: Engelstalige vraag EKC

The results of the research will contribute to the EKC developing a better insight into the mechanisms that will prevent or encourage citizens to use the FGC approach and the factors that will make a network based solution stand and endure.

Samengevat luidden de vragen van de maatschappelijke partners:

Tekstbox 1.6: Vragen maatschappelijke partners

Leiden Eigen Kracht conferenties ook op langere termijn tot blijvende netwerksteun?
Welke factoren zijn bepalend voor het succes van EK-c's?
Kan dit leiden tot vormen van synergie tussen netwerksteun en de inzet van professionele hulpverlening?

1.7 De internationale stand van het onderzoek

Het is bij aanvang van een wetenschappelijke studie gebruikelijk dat men zich rekenschap geeft van de internationale stand van zaken in het onderzoek. Op het gebied van FGCs c.q. EK-c's waren reeds een aantal onderzoeksresultaten uit binnen- en (vooral) buitenland beschikbaar.

We hebben gekeken naar:
- een van de eerste Engelse studies (Marsh & Crow, 1998);
- de eerste grote Canadees-Amerikaanse studie waarin ervaringen met FGCs en professionele hulp werden vergeleken (Pennell & Burford, 2000);
- het eerste Europese, Zweedse onderzoek waarin resultaten over een periode van 3 jaar werden vergeleken (Sundell & Vinnerljung, 2004);
- het eerste gerandomiseerde vergelijkende onderzoek (Berzin, Cohen et al, 2008);
- een meer recente Noorse gerandomiseerde studie, tevens de eerste waarin FGCs vergeleken werden met non-interventie (Malmberg-Heimonen, 2011);
- de eerste grote Nederlandse vergelijkende studie naar EK-c's (Wijnen-Lunenburg e.a., 2008); en
- de eerste vergelijkende Nederlandse studie waarin de kosteneffectiviteit van EK-c's werd berekend (Onrust & Romijn, 2013).

Tijdens de looptijd van het hier voorliggende project kwamen daar nog verschillende grote studies bij, zoals:
- het proefschriftonderzoek van De Jong verdedigd aan de Vrije Universiteit (De Jong, 2014);
- het onderzoek verricht aan de Universiteit van Amsterdam door de onderzoeksgroep van Stams en collega's (Stams, Asscher, Creemers e.a., 2016); en
- het proefschrift onderzoek van Mitchell verdedigd aan de University of Edinburgh (Mitchell, 2018).

De opzet van deze studies liep nogal uiteen en ook de uitkomsten zijn niet eenduidig. *Research reviews* – overzichten waarin opzet en uitkomsten van bestaand onderzoek worden vergeleken – maken vaak een onderscheid tussen studies gericht op *process* (proces-evaluaties) en studies gericht op *outcome* (effectiviteitsonderzoek), zoals Frost en zijn collega's hebben gedaan in hun tweeledige review van FGC onderzoek (Frost, Abram & Burgess, 2014). Het leeuwendeel van bestaand onderzoek betreft proces-evaluaties, waarbij FGC-deelnemers bevraagd zijn over hun ervaringen, en bezien is in hoeverre die ervaringen stroken met de verwachtingen en programmatische uitgangspunten die aan FGC's ten grondslag liggen.
In effectiviteits-onderzoek tracht men vast te stellen in hoeverre de FGC-aanpak als interventie oorzakelijk geleid heeft tot een bepaald eindresultaat. Dergelijk onderzoek veronderstelt dat men een behoorlijk aantal FGC-dossiers vergelijkt op uitkomst met een controlegroep, gevormd uit dossiers waarin geen FGC en/of uitsluitend een professionele interventie plaatsvond. Om storende invloeden op de te vergelijken eindresultaten zoveel mogelijk uit te sluiten worden zorgvragers bij voorkeur *at random* ingedeeld in de FGC-groep

dan wel de controlegroep en vanaf hun indeling over langere tijd gevolgd (prospectief longitudinaal onderzoek). Om het exacte effect van de interventie te kunnen bepalen, hebben de personen in beide groepen idealiter identieke kenmerken. Frost c.s. geven al aan dat een dergelijke ideale opzet (*randomised controlled trial,* verder: RCT) slechts in enkele uitzonderingsgevallen gerealiseerd is, en dan nog met slechts zeer beperkte aantallen respondenten. Het merendeel van het effectiviteits-onderzoek dat tot nu toe verricht werd is retrospectief: men sluit als onderzoeker aan bij een indeling die reeds gemaakt is (bijvoorbeeld door eigen keuze van de respondent voor een FGC of professionele hulp), terwijl (mede daardoor) een volledige *matching* tussen beide groepen op kenmerken veelal problematisch blijft.

In het schema hieronder is weergegeven waarop de genoemde studies vooral uiteenliepen. Niet alle studies behelsden een gecontroleerde vergelijking *tussen* FGCs en professionals. Sommige studies besteedden juist aandacht aan de percepties van verschillende personen binnen een en dezelfde conferentie, althans het daartoe ingezette netwerk (inclusief vaak het standpunt van de professional).
Veruit de meeste studies (8 van de 10) richtten zich specifiek op jeugdbeschermingszaken, waarbij vaak specifieke uitkomstmaten werden gehanteerd, zoals de toename of afname van zorgpunten, van meldingen kindermishandeling, van inzet van professionele zorg of van aantal uithuisplaatsingen; 1 studie richtte zich niet alleen op jeugdbeschermingskwesties maar ook op hulp in het vrijwillige kader. Slechts 2 studies richtten zich op volwassenen problematiek, en dan met name: inkomenssituatie, verslaving, en psychische stoornissen.

Bij geen van de genoemde studies, met uitzondering van de studie van Sundell & Vinnerljung, werd gemeten over langere perioden dan 1 jaar vanaf 'intake'.

	Intervergelijkend FGC/Professionele hulpverlening	**Random Of Prospectief Retrospectief**	**Intravergelijkend Netwerk**	**Longitudinaal**	**Focus op uitkomst**
Marsh & Crow 1998	Nee	Nvt	Ja	1 jaar	Jeugdbescherming
Pennell & Burford 2000	Ja	Retrospectief	Ja	1 jaar	Jeugdbescherming
Sundell & Vinnerjlung 2004	Ja	Retrospectief	Nee	3 jaar	Jeugdbescherming
Berzin & Cohen 2008	Ja	Random	Nee	< 1 jaar	Jeugdbescherming
Malmberg-Heimonen 2013	Ja, maar geen professionele hulpverlening	Random	Nee	1 jaar	Volwassenen
Wijnen-Lunenberg 2008	Ja	Retrospectief	Nee	< 1 jaar	Jeugdbescherming
Onrust & Romijn 2013	Ja	Retrospectief	Nee	1 jaar	Jeugd vrijwillig en Jeugdbescherming
Stams & Asscher 2016	Ja	Retrospectief Prospectief	Ja	1 jaar	Jeugdbescherming
De Jong 2014	Nee	Nvt	Ja	< 1 jaar >	Volwassenen
Mitchell 2018	Nee	Nvt	Ja	1 jaar	Jeugdbescherming

Toelichting: 'intervergelijkend' betekent dat een groep FGC deelnemers wordt vergeleken met een groep cliënten van professionele hulpverleners. Beide groepen worden nogal eens zwart-wit tegenover elkaar gesteld (contrastief). 'Intra-vergelijkend' wil zeggen dat *binnen* een groep FGC-deelnemers het onderzoek zich – per casus – niet beperkt tot de hoofdpersoon, maar zich ook uitstrekt tot andere netwerkleden en overige betrokkenen. *Random* wil zeggen dat bij de vergelijkende studies toedeling aan de ene dan wel de andere groep ten behoeve van het onderzoek door het lot bepaald wordt; dergelijk onderzoek is altijd prospectief, want men loopt als onderzoeker *real time* mee vanaf het moment van indeling. Omgekeerd hoeft prospectief onderzoek niet per se gerandomiseerd te zijn: men kan al metend meelopen vanaf de indeling, waarbij echter de zorgvrager zelf gekozen heeft voor deze of gene groep.

Bij al deze studies klinkt op de achtergrond een zekere mate van terughoudendheid dan wel bevlogenheid door. Dat is wellicht onvermijdelijk omdat veel onderzoekers zelf in de zorg en hulpverlening werkzaam zijn (of zijn geweest) en de uitgangspunten van FGDM en professionele hulpverlening sterk van elkaar verschillen.
In Nederland ontspon zich de discussie vooral op het onderzoeksforum 'Sociale Vraagstukken', met een toespitsing op het pleidooi van de UvA-groep om de effectiviteit van EK-c's uitsluitend door *randomised controlled trials* (RCT's) vast te stellen. RCT's vormen de gouden standaard in medisch en farmaceutisch effectiviteitsonderzoek. Daartegen keerden zich De Jong, Schout en anderen. Zij benadrukten dat de EK-c een besluitvormingsmodel en zelfs een democratisch recht betreft, en geen professionele interventie gericht op de behandeling van een gediagnosticeerde aandoening. Dit debat trok ook internationaal de aandacht door publicaties vanuit beide 'kampen' in vooraanstaande wetenschappelijke tijdschriften zoals het *British Journal of Social Work* en *Child Abuse & Neglect*.

De Jong en Schout vonden onder meer de Britse hoogleraar Kate Morris aan hun zijde, die eerder had opgemerkt:

Tekstbox 1.7: FGC is geen professionele interventie

When FGC is evaluated by outcome studies, it positions such meetings as interventions, a position that would not be attributed to equivalent professionally driven decision-making forums (Morris & Connolly, 2012).

Het eerste kernpunt van het debat betrof de vraag of de sociale realiteit van een multiprobleem gezin wel 'controllable' is. Anders dan in de klinische setting van een RCT, kunnen verstorende invloeden van buiten zeker bij zulke gezinnen niet worden geweerd, en vindt de behandeling bovendien niet volgens een vaststaand protocol plaats. Het leven van multiprobleem families verloopt veelal chaotisch, en in de kluwen van problemen zijn oorzaak en effect moeilijk uit elkaar te halen. Daarnaast is de relatie met de professional(s), nu het hier om 'complex interventions' gaat, mede bepalend voor het resultaat van de interventie. Anders dan een medicijn met constante ingrediënten zijn EK-c-plannen bovendien steeds afgestemd op de specifieke omstandigheden van het gezin in kwestie.
Mitchell heeft in haar recente onderzoek het begrip *outcome* als zodanig geproblematiseerd. Professional en zorgvrager (en netwerkleden) blijken hier verschillend over te denken. Uitkomsten blijken bovendien mede bepaald te worden door het *proces* van ondersteuning. Daar staat dan weer tegenover dat men zonder vergelijking met een controlegroep niet kan zeggen of de gevonden veranderingen en uiteindelijke uitkomsten daadwerkelijk door de EKC-aanpak werden bewerkstelligd.
Het tweede kernpunt betrof de benodigde omvang van steekproeven voor het maken van robuuste statistische analyses. De meest omvangrijke steekproeven in het FGC/EK-c-

onderzoek komen nauwelijks boven de 250 respondenten uit. Veruit het meeste onderzoek is gebaseerd op nog veel bescheidener aantallen. Gezien ook de heterogeniteit van zorgvragers en hun problematiek zouden aanzienlijk grotere aantallen respondenten vereist zijn om tot meer gedetailleerde uitspraken te komen.
Van de kant van de UvA groep werd hiertegenover gesteld dat RCTs in ieder geval de aangewezen methode zijn om causale verbanden te kunnen vaststellen en daarmee verantwoorde uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van EK-c's.

De Jong c.s. hebben als alternatief voor RCTs een tweeledige benadering voorgesteld. Enerzijds het gebruik van *discrete-time survival analysis* met grote cohorten (zoals gebruikt door Wang, 2012) om statistisch valide bewijs te kunnen genereren over doelmatigheid. Daarnaast kleinschalige proces-evaluaties waarin de gezichtspunten van alle betrokkenen bij een FGC/EK-c worden verdisconteerd om inzicht te krijgen hoe uiteenlopende stakeholders het proces en de impact daarvan interpreteren of hebben begrepen.

In het slothoofdstuk van dit eindrapport zullen we kort bezien of de ogenschijnlijke tegenstelling in benaderingswijzen niet geleidelijk diffuser is geworden en, als dat zo is, of die ontwikkeling dan ook geen gevolgen zou moeten hebben voor de discussie over onderzoeksmethoden. Dat neemt niet weg dat de enigszins gepolariseerde discussie tussen 'terughoudenden' en 'bevlogenen', inzichten en argumenten aangaande EK-c over en weer heeft helpen verduidelijken.

2. Onderzoeksopzet

Zoals besproken in Hoofdstuk 1 lagen de vragen van de maatschappelijke partners, de Gemeente Rotterdam en de Eigen Kracht Centrale, eind 2014 ter tafel. Een drietal ontwikkelingen noopte na toewijzing van de NWO subsidie echter tot aanpassingen.

2.1 Van voorlopig naar definitief onderzoeksdesign

Om de vragen van de Gemeente en de EKC te kunnen beantwoorden gingen de gedachten aanvankelijk uit naar de volgende onderzoeksopzet: beide maatschappelijke partners bezigden het sleutelbegrip 'succes'. De Gemeente wilde weten welke factoren netwerksteun succesvol maken; de EKC leek succes te interpreteren als blijvende, *duurzame* netwerksteun. Het zou hier in ieder geval gaan om uitkomsten die oorzakelijk door de EKC-aanpak teweeggebracht (kunnen) zijn, dus om de effectiviteit van EK-c's, gemeten over een paar jaar. Om daar uitspraken over te kunnen doen was dus in ieder geval een vergelijkende opzet nodig, waarbij de controlegroep – zoals gangbaar in dergelijk onderzoek – zou bestaan uit zorgvragers met een *matchende* problematiek die uitsluitend professionele hulp hadden gekregen. Meting zou primair plaatsvinden door analyse van dossiers op het niveau van de zorgvrager. De EKC zou, na verkregen instemming van betrokkenen, 60 plannen aanleveren waarvan 30 gerubriceerd in de categorie 'Armoedebeleid' en 30 in de categorie 'Jeugd'. Bij de Gemeente zou het onderzoek zich concentreren op de WTs, die immers de spil gingen vormen in het nieuwe zorgstelsel. Uit de registratiesystemen van de gezamenlijke WTs zouden dan 60 dossiers worden betrokken, waarvan 30 'Armoedebeleid' en 30 'Jeugd' waarbij de onderzoekers zouden selecteren op zoveel mogelijk met de EKC-groep corresponderende kenmerken. Deze *matching* zou een retrospectieve, quasi-experimentele benadering mogelijk maken. Hoewel deze benadering zeker niet de bewijskracht van een RCT zou hebben, zou zij wel indicaties kunnen opleveren om de effectiviteit van EK-c's te kunnen inschatten in vergelijking met reguliere professionele hulpverlening. De veronderstelling was dat de dossiers van de WTs zich steeds tot professionele hulpverlening zouden beperken. In verband met de duurzaamheidsmeting zouden vooral dossiers gebruikt worden waarbij de intake rond de transitiedatum had plaatsgevonden. Naast ethische bezwaren vormde het meten van effecten over langere termijn een andere reden om de reeds bestaande verdeling over beide groepen als gegeven te accepteren. Om beter zicht te krijgen in het daadwerkelijke verloop van netwerkprocessen zou bij een beperkt aantal personen uit de EKC-groep en uit de WT-groep een interview worden afgenomen.

2.1.1 Van twee afgebakende probleemgebieden naar multiproblematiek

Rond de startdatum van het project werd duidelijk dat de gemeentelijke inzet van EK-c's op het gebied van Activerend Armoedebeleid in de voorgaande jaren niet de resultaten had opgeleverd waar men op gehoopt had. De subsidie voor conferenties in deze categorie werd daarom stopgezet.

Ook het zoeken naar qua problematiek vergelijkbare WT-dossiers stagneerde door onder meer overbelasting van de WTs in het eerste transitiejaar.

Het duurde tot voorjaar 2016 vooraleer het Rayonmanagement 4 van de destijds 42 Wijkteams (WTs) kon vrij maken voor deelname aan het voorliggende onderzoek, te weten: Hillegersberg, Hoogvliet-Noord, Bospolder-Tussendijken, en Kop van Zuid (thans Nieuw Zuid). In samenspraak met medewerkers van het relatief grote en ervaren WT Bospolder-Tussendijken werd de aanvankelijke onderzoeksopzet getoetst, en werden instructies

geregeld in de toenmalige registratiesystemen Mens Centraal (voor ondersteuning van volwassenen) en TOP (voor ondersteuning van jeugd).

Het plan voor een modelmatige indeling in twee subgroepen, Jeugd en Armoedebeleid, vervloog hier definitief, daar bij de WTs de realiteit uit complexe kluwen van multiproblematiek bleek te bestaan. Inmiddels had bestudering van de reeds aangeleverde EK-c plannen geleerd, dat ook daar complexe multiproblematiek de boventoon voerde.

2.1.2 Ook Wijkteams moeten netwerken activeren

Het mobiliseren van de eigen (netwerk-)kracht van cliënten was een van de hoofddoelen van de transformatie in de zorg. Dit beleidsdoel bleek gaandeweg al te zijn ingedaald tot kerntaak van de WTs *zelf*. Dit bleek uit beleidsdocumenten zoals het WMO-kader 'Rotterdammers voor elkaar' en organieke documenten zoals de 'Samenwerkingsovereenkomst wijkteams Rotterdam', die geleidelijk beschikbaar kwamen (Gemeente Rotterdam 2015).
Omgekeerd bleek uit de EK-c-plannen dat in die groep de professional nogal eens in beeld was en bleef, meestal gezien de aard van de problematiek.
Dit neemt niet weg dat er wel een verschil in aanpak tussen beide groepen (EK-c en WT) is blijven bestaan, in die zin dat het primaat in de WT-groep bij professionele hulpverlening ligt en het primaat in de EK-c groep bij netwerksteun. Maar de *uitkomsten* van de aanpak in de ene dan wel de andere groep zouden als gevolg van het nieuwe beleid wel eens beduidend minder sterk kunnen verschillen dan in veel bestaande – vergelijkende – studies wordt verondersteld.

2.1.3 Van dossieranalyse naar interviews als primaire bron

Kennismaking met de registratiesystemen van de WTs toonde evenwel aan dat informatie over netwerkactivering niet eenvoudig uit de dossiers te halen zou zijn. Daarvoor zouden WT-medewerkers zelf bij de selectie behulpzaam moeten zijn. Dit zou echter een potentieel conflict met de aangescherpte privacy-eisen kunnen opleveren. Besloten werd daarom van de nood een deugd te maken en *alle* beoogde 60 respondenten per groep te interviewen, om zo een substantiële input vanaf de basis te verkrijgen (Anschütz & Kreijen, 2017).

Voor de WTs betekende dit dat de medewerkers nu (nog) meer werk te verzetten kregen. Zij dienden nu uit hun eigen caseload dossiers te selecteren, desbetreffende cliënten te benaderen, het doel van het onderzoek uit te leggen en cliënt's instemming met deelname vast te stellen. Pas na deze verleende toestemming zouden de contactgegevens van desbetreffende cliënten worden doorgestuurd aan de onderzoekers. Deze zouden na het leggen van contact de verleende toestemming nogmaals kort verifiëren. Aan de privacy eisen was aldus volledig tegemoet gekomen, maar de onderzoeksopzet was nu zodanig gewijzigd dat er niet meer van een *gecontroleerd* vergelijkend onderzoek sprake kon zijn. Aan de WT-medewerkers werd weliswaar vooraf aangegeven op welk cliëntprofiel (met oog op *matching* met de EKC-groep) gezocht zou moeten worden, maar of dit ook daadwerkelijk gebeurde, en/of van welke andere overwegingen mogelijk een verstorende werking zou kunnen uitgaan, had het onderzoeksteam nu niet meer in eigen hand.

Voor de WT-medewerkers betekende deze wijziging een uitbreiding van de hoeveelheid werk die deelname aan dit onderzoek met zich mee zou brengen. Het reeds zwaar belaste WT Bospolder-Tussendijken moest bijgevolg van deelname afzien. Hiervoor in de plaats werd WT Oud Mathenesse Witte Dorp bereid gevonden om respondenten voor het project aan te leveren en vanaf eind 2017 traden nog drie WTs toe: Hoogvliet-Zuid, Agniesebuurt-Provenierswijk en Feijenoord. Dit bracht het totaal op 7 meewerkende Wijkteams.

2.2 De definitieve onderzoeksvragen

Als gevolg van deze drie cumulatieve ontwikkelingen is een brede exploratieve vraag voorafgaand aan de vragen van de maatschappelijk partners toegevoegd. Deze luidt:

Tekstbox 2.1: Brede exploratieve vraag

Worden Rotterdammers met een zorgvraag in het sociale domein geactiveerd om (een deel van) hun problemen op te lossen met steun vanuit hun eigen netwerk?

Met deze ruime omschrijving worden zowel de WT-groep als de EKC-groep bestreken.

Daarna volgen de vragen van de maatschappelijk partners, nu ook voor beide groepen:

Tekstbox 2.2.: Vragen maatschappelijke partners

Hoe duurzaam is die netwerksteun en de daarmee gevonden oplossing?
Wat zijn daarbij kritische succesfactoren?
Genereert die benadering (het actief betrekken van netwerken) maatschappelijke winst, in termen van besparingen, van (blijvend) verhoogde zelfredzaamheid en de mogelijkheid voor professionele hulpverleners om gerichter te werken, c.q. samen te werken met de zorgvragende burger?

De verwijzingen van de maatschappelijke partners naar ‘oplossingen’, ‘verhoogde zelfredzaamheid’ en ‘besparingen’ impliceren een effectiviteits-onderzoek, waarvoor aanvankelijk een quasi-*experimentele* vergelijkende opzet was voorzien. De drie beschreven ontwikkelingen bij de Gemeente hebben een dergelijke opzet echter onmogelijk gemaakt. Alleen al de wegens privacy vereiste selectie van respondenten door derden (WT-medewerkers en EKC Regiomanagement) betekende dat *matching* op hoofdkenmerken tussen beide groepen niet langer haalbaar was.
De benadering werd nu *exploratief*-vergelijkend. De eveneens noodzakelijk geworden insteek via interviews als primaire methode, maakte het mogelijk om juist zoveel mogelijk bij de realiteit te blijven en te inventariseren welke (combinaties van) problemen er dan in beide groepen spelen, en of zich in dit opzicht opvallende verschillen tussen beide groepen openbaren. Ook zou aldus gemeten kunnen worden of en hoe de WT-professionals netwerkactivering als nieuwe kerntaak ter hand nemen.
Besloten werd om ook de betrokken WT-professionals te interviewen om een indruk te krijgen van hun criteria om al dan niet te kiezen voor netwerk-activering. Er is internationaal tot nu toe opvallend weinig onderzoek gedaan naar de rol van de professional als verwijzer naar FGCs, en naar professionele activering van netwerken in het algemeen. Dat is vreemd nu de rol van de zorgprofessional bij complexe interventies en diens ‘alliantie’ met de cliënt belangwekkend wordt geacht (o.a. Medical Research Institute 2019; Barnhoorn e.a., 2014). Ook EKC-coördinatoren werden bevraagd, om aldus de beroepshouding van de zorgprofessional te kunnen vergelijken met die van een neutrale procesbegeleider zonder bevoegdheden.
Feitelijk gaat het hier om verwachte verschillen in de mate van regievoering, en ook om de wederzijdse verwachtingen in dit opzicht. Kernpunt in groter verband is of de voorgenomen transformatie idee gestalte begint te krijgen en hoe dit ervaren wordt.

De voorvraag is natuurlijk of netwerken überhaupt geactiveerd worden. En voor zover dat niet gebeurt, waar dit dan mogelijkerwijze mee samenhangt.
Volgend op deze aangepaste voorvraag diende ook de gerichtheid van de maatschappelijke partners op ‘blijvende netwerksteun’ nader te worden uitgewerkt. Immers: netwerksteun is (net als een Plan) geen doel op zich, maar een middel om een doel te bereiken, te weten:

oplossing of in ieder geval vermindering van de ervaren problemen. Naast meting van de netwerksteun werd dan ook besloten de (al dan niet) ervaren afname van problemen tot primaire uitkomstmaat te maken. Daarnaast werd besloten tot een project-specifieke uitkomstmaat met een meer subjectieve en een meer objectieve dimensie, voor het meten van 'zelfredzaamheid'. Subjectief wil zeggen dat de respondenten het begrip zelfredzaam zelf inhoud kunnen geven en kunnen aangeven of zij zich volgens eigen maatstaven meer of minder zelfredzaam achten, *voor*dat en *na*dat steun werd ontvangen. Zoals zal blijken sluiten ook professionals aan bij de subjectieve beleving van hun cliënten als het gaat om de (professionele) definiëring van 'succes' van de hulpverlening. De objectieve dimensie betreft de toename of afname van het aantal professionele hulpverleners dat respondenten bijstaat.

2.3 De vragenlijsten; effectmaten en indicatoren

Mede op basis van de voorgesprekken met WT-medewerkers en met het EKC Regiomanagement werden vragenlijsten ontworpen die de basis vormden voor de interviews. Die interviews werden semigestructureerd: er werd in de vragenlijsten met een aantal vaste vragen met gesloten antwoord-categorieën gewerkt, maar daarnaast ook met open vragen, inclusief de *catch-all* vraag of de respondent zelf nog iets te berde wilde brengen dat voor het onderwerp van belang zou kunnen zijn. Nu de exploratieve werkwijze een veelheid van factoren in beeld zou kunnen brengen hetgeen een *statistische* analyse van oorzakelijke samenhangen zou kunnen bemoeilijken, boden de open vragen de mogelijkheid om dan in ieder geval langs *kwalitatieve* weg indicaties te krijgen aan welke factoren de respondenten zelf gevonden uitkomsten toerekenen.
Als gezegd werden de vragenlijsten ingericht om op vier effectmaten te kunnen meten.
Ten eerste, de mate waarin bij de eindmeting, in vergelijking met de 'intake', nog een beroep op *professionele* ondersteuning werd gedaan.
Ten tweede: de mate waarin de cliënt-respondent zelf van mening is dat hij/zij weer min of meer een zelfstandig leven kan leiden, met minimale overheidssteun. Zoals verderop in dit rapport zal blijken, hanteren ook de meeste zorgprofessionals de subjectieve beleving van hun cliënt als graadmeter voor het succes van hun interventie.
Ten derde: het *aantal* probleemgebieden en ten vierde: de ervaren *ernst* van problemen. Nu de keuze was gemaakt om een veelheid van zorgdomeinen te meten rechtstreeks bij de zorgvrager, kon niet zoals in eerder Nederlands onderzoek worden gewerkt met bijvoorbeeld een zorgpunten analyse protocol (ZAP). (Slot e.a., 2001; Wijnen-Lunenburg e.a., 2008; Onrust e.a., 2013).

De opsomming en onderlinge afbakening van probleemgebieden in de vragenlijsten vereiste een synthese van uiteenlopende rubriceringsmethoden zoals die gebruikt werden door de EKC enerzijds en door de WTs anderzijds. In het interne metingstool werd een lijst samengesteld door systematische vergelijking op basis van een achttal bronnen, waaronder het Vraag Analyse Instrument (VAI), de Zelfredzaamheidsmatrix (als WMO diagnostisch instrument), diverse cliëntprofielen en modellen gepubliceerd door het NJI en Movisie, de 'leefgebieden' lijst van de WTs en de 'problemenlijst' zoals gehanteerd door de EKC. Om het aantal vragen (ruim 40 in totaal) enigszins beperkt te houden voor de respondenten, werd het aantal probleemgebieden beperkt tot 16, in beginsel elk met brede strekking waarbij specificaties werden aangetekend door de interviewer. Tevens werd een optie 'anders' toegevoegd, om ruimte te bieden aan de respondent waar deze zich niet zou herkennen in de voorgelezen (en op verzoek nader omschreven) opsomming.

Omtrent de afbakening van enkele andere kernbegrippen kan nog het volgende worden opgemerkt:

'Eigen kracht' wordt in dit onderzoek vooral opgevat als 'eigen netwerkkracht', ofwel: netwerksteun. Daarop vooral had immers de transitie-filosofie het oog, gezien de nadruk op maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel.
'Duurzaamheid' van netwerksteun is vooral opgevat als een minimale periode van (ongeveer) 2 jaar gemeten tussen het startmoment van hulpverlening via het WT of een EK-c, tot aan het 2^{e} follow-up interview als meest recente meetmoment. Het gaat dan vooral om het aantal personen dat tijdens dat 2^{e} meetmoment nog steeds feitelijk hulp verleent. Ook is relevant of men tijdens dat 2^{e} meetmoment een grotere zelfredzaamheid ervaart dan bij de start. Dat startmoment zou men ook als 'intake'-moment kunnen zien, al is dat niet helemaal zuiver. Tijdens een EK-c worden immers na een bespreking van de zorgvragen meteen al concrete ondersteuningstaken verdeeld, terwijl bij het Keukentafelgesprek het accent op inventarisatie van de zorgvragen ligt, en het regelen van daadwerkelijke ondersteuning daarna aanvangt.
'Zorgplan' is een project-specifieke term, die overkoepelend (in Hoofdstuk 3) gebruikt wordt om te verwijzen naar zowel een EK-c-plan als naar een ondersteuningsplan of hulpverleningsplan opgesteld door een WT.

Factoren die op hun beurt (mede-)bepalend zijn voor het functioneren van netwerken en daarmee indirect voor de effectiviteit van netwerksteun zijn op grond van bestaande inzichten in te delen in vier hoofdcategorieën. Het betreft achtereenvolgens: persoonlijke achtergrondkenmerken, probleemkenmerken, netwerkkenmerken, en de wisselwerking tussen zorgprofessional en zorgvrager (alliantie-kenmerken).

Persoonlijke achtergrondkenmerken

Hier is onder meer gevraagd naar opleidingsniveau, leeftijd, samenstelling huishouden en etnisch-culturele achtergrond.

Probleemkenmerken

Hier is onder meer gevraagd naar: duur van de problematiek (zorggeschiedenis), aard en aantal van de problemen, alsmede de ernst van de problemen.
Een methodologische complicatie die bij het gebruik van probleemgebieden als *verklarende* factor opdoemt, is dat (ontwikkelingen ten aanzien van) diezelfde probleemgebieden ook als een gevolg (afhankelijke variabele) kunnen worden gezien. Probleemgebieden kunnen niet tegelijkertijd als oorzaak *en* gevolg worden geanalyseerd, althans niet binnen één en dezelfde meting. Dit is opgelost door steeds separaat op de vier effectmaten te meten, waarbij 'probleemgebieden' (aantal en ernst) slechts als verklarende factor zijn gebruikt in de berekeningen met de uitkomstmaten 'toename/afname professionele hulp' en 'subjectieve beleving zelfredzaamheid'.

Netwerkkenmerken

Hier is onder meer gevraagd naar omvang van het netwerk, de vraag of vertrouwen gebaseerd was op in het verleden verleende steun, en de samenstelling van het netwerk. Bij dit laatste is onderscheid gemaakt tussen de *inner circle* van naaste familieleden, familie in ruime zin, vrienden, en de *outer circle* van contacten via andere maatschappelijke verbanden (werk, verenigingen, kerkgenootschap en dergelijke).
Ook is gevraagd naar wat het netwerk te bieden heeft. Hier is aansluiting gezocht bij het door Ostrom op basis van herhaald experimenteel onderzoek ontwikkelde *repeated social dilemma's* model, ter verklaring van duurzame samenwerking tussen individuele personen (Ostrom & Walker, 2003). Voorspeld wordt dat hulpbronnen-heterogeniteit (dat wil zeggen: hulp wordt in meerdere vormen geboden, zoals tijd, maar ook kennis en geldmiddelen) en culturele homogeniteit van het netwerk een positief effect zullen hebben op duurzame samenwerking.

Over een derde door Ostrom gepostuleerde factor, al dan niet ondersteunende regelgeving, konden respondenten in het kader van open vragen commentaar leveren, terwijl daarnaast gericht is gevraagd naar bekendheid met het recht op een Familiegroepsplan.

Wisselwerking tussen zorgprofessional en zorgvrager

Gevraagd is naar eerdere ervaringen met professionele ondersteuning, en of, op wiens initiatief, een poging tot netwerk mobilisering werd ondernomen. Vooral via de geboden ruimte bij open vragen werd de nodige informatie verwacht over het al dan niet bestaan van een 'klik' met de professional.

2.4 Interviews en response rate

Om de frequentie maar ook de *duurzaamheid* van geactiveerde netwerksteun te kunnen meten, werden twee interview rondes georganiseerd, voor zowel de EKC-groep als voor de WT-groep. De interviews in de 1e ronde vonden verspreid over de periode januari 2017 tot juni 2018 plaats. De 2e ronde interviews vond plaats in de periode oktober 2018 tot april 2019.

De aanlevering van zorgvragers verliep enigszins verschillend in de twee groepen.
In de EKC-groep vormde de datum van de conferentie het startpunt. Twee kanttekeningen hierbij: ten eerste kan wegens de noodzakelijke voorbereidingen enige tijd verstrijken tussen de datum van aanmelding voor een conferentie en de datum waarop de conferentie feitelijk plaatsvindt. Naar beide data is gevraagd en gemiddeld bleken hier circa 6 weken tussen te liggen. Ten tweede zijn alleen conferenties onderzocht die daadwerkelijk tot een Plan hebben geleid. Het waren namelijk Plannen die door het EKC Regiomanagement in Rotterdam werden aangeleverd, weliswaar met de kanttekening dat ook conferenties die niet tot een Plan hebben geleid in de praktijk toch vaak vormen van netwerksteun tot gevolg hebben. De EKC Regiomanager leverde alle plannen aan voor de doorzending waarvan toestemming was verkregen, van hetzij de in het Plan genoemde (meerderjarige, handelingsbekwame) hoofdpersoon zelf, of bij ontstentenis daarvan, de in een Plan aangewezen contactpersoon (de 'planbewaker').

De aanlevering van respondenten vanuit de Wijkteams kwam, mede als gevolg van de geschetste ontwikkelingen, vertraagd op gang. Desalniettemin is toch gepoogd een zekere *matching* met de EKC-groep te bewerkstellingen. In eerste instantie is de WT-medewerkers gevraagd zoveel mogelijk te zoeken naar respondenten bij wie het netwerk ook een rol speelde, of was gaan spelen. Dit bleek geen sinecure. In tweede instantie werden de WTs verzocht respondenten te zoeken met de combinaties van problemen ('profielen') die het vaakst waren aangetroffen in de EKC-groep. Deze zoektocht bleek zo mogelijk nog lastiger voor de Wijkteams, zodat dit 'profiel' criterium uiteindelijk noodgedwongen sterk werd versoepeld.
De dossiers van de cliënten die zich tot medewerking bereid hadden verklaard, werden niet integraal aan de onderzoekers doorgegeven. De onderzoekers ontvingen uitsluitend namen en contactgegevens, alsmede in enkele steekwoorden de aard van de problematiek. Als startpunt gold hier de intake bij het WT, in het bijzonder de datum van het Keukentafelgesprek. Bij dat gesprek hoeft nog niet meteen een gedetailleerd ondersteunings- of hulpverleningsplan te resulteren, maar het markeert wel het eerste fysieke contact met de hulpverlener(s). Ook in de WT-groep kan er enige tijd verstrijken tussen het moment waarop men door een voorverwijzer (Vraagwijzer, Huisarts, Schoolmaatschappelijk werk e.d.) bij een Wijkteam is aangemeld, en het moment waarop daadwerkelijk een Keukentafelgesprek plaats vindt. Wachttijden lopen volgens respondenten soms op tot een half jaar.

In totaal werden 84 respondenten door het EKC Regiomanagement Rotterdam aangeleverd en 72 door de (uiteindelijk) 7 deelnemende WTs. Een aantal respondenten bleek evenwel onbereikbaar (wegens afsluiting van de telefoon, overlijden, ziekenhuisopname, verhuizing of verblijf in het buitenland) ofwel bleek het uiteindelijk onmogelijk een afspraak te maken, ofwel zag men alsnog van medewerking af. Aldus resulteerden 55 'geldige' respondenten in de EKC-groep en 60 'geldige' respondenten in de WT-groep. Tijdens de 2^{e} ronde interviews is het aantal iets verder geslonken, door een vergelijkbare reeks factoren als tijdens de 1^{e} ronde. Tijdens de 2^{e} ronde waren er nog 45 geldige respondenten in de EKC-groep en eveneens 45 respondenten in de WT-groep.
Volledigheidshalve nog een opmerking naar aanleiding van de hierboven aangestipte beide *matching* criteria waarop de Wijkteams verzocht werden te zoeken, te weten: 'inschakeling van het netwerk', respectievelijk 'met de EKC-groep vergelijkbaar probleemprofiel'. Van de 60 WT-respondenten in de 1^{e} ronde zijn uiteindelijk 22 'netwerk' respondenten tegenover 38 'profiel' respondenten tot deelname bereid gevonden.

De populaties waaruit de beoogde samples van 2 x 60 respondenten werden getrokken verschilden sterk in omvang. Voor wat betreft de EKC-groep is het uitgangspunt steeds geweest om 1 respondent per conferentie te interviewen. Doorgaans was dit de hoofdpersoon dan wel een aangewezen contactpersoon uit het netwerk; een aantal interviews vond echter plaats met meerdere leden van het netwerk tegelijk. Het totaal aantal potentiële respondenten in de EKC-groep is gelijk aan het aantal conferenties dat plaatsvond in de Regio Rotterdam over de periode eind 2014-eind 2017. Dit cumulatieve aantal conferenties schatten we, op basis van informatie van het Regiomanagement, op 3 jaar x gemiddeld 70 ingekochte conferenties per jaar x het landelijk doorgangsrapportage van 67% = 140 dossiers.
Voor wat betreft de totale populatie zorgvragers bij de deelnemende 7 WTs gaan we uit van het gemiddelde aantal cliënten op de caseloadlijst dat één groot en één klein wijkteam ons in 2019 hebben opgegeven: 500 + 280 = 780 : 2 = 390, vermenigvuldigd met een factor 2; weliswaar dient ook hier over 3 jaar gemeten te worden maar met name de aangebrachte jeugdzaken zullen in deze periode vaak langer dan 1 jaar begeleid worden. We komen dan uit op 390 x 2 = 780 x 7 teams = 5.460 dossiers.
De conclusie op grond van bovenstaande is dat de geanalyseerde WT-dossiers minder representatief te achten zijn dan de geanalyseerde EKC-dossiers.

De interviews voor de 1^{e} ronde vonden op locatie plaats, naar keuze van de respondent: diens woonadres, dan wel een locatie bij respondent in de wijk zoals een buurthuis, dan wel op de Erasmus Universiteit. De tijd gemoeid met deze interviews varieerde van bijna 1 uur tot ruim 3 uur. De gemiddelde tijdsduur per interview bedroeg ruim 2 uur.
De 2^{e} ronde interviews vonden hoofdzakelijk telefonisch plaats. Deze duurden gemiddeld ruim een half uur. Het streven was erop gericht dat de 1^{e} ronde interviews zouden plaatsvinden gemiddeld 1 jaar na de 'intake', bij de WTs dan wel bij het EKC Regiomanagement Rotterdam. Interviews in de 2^{e} ronde zouden idealiter gemiddeld 2 jaar na intake plaatsvinden.

Een symmetrisch patroon met identieke intervallen bleek uiteindelijk onhaalbaar. Hieraan debet waren onder meer: het genoemde tijdsverloop tussen de startdatum van het project als zodanig en de datum waarop de interviews daadwerkelijk konden beginnen, de forse periode waarover de 1^{e} ronde interviews zich als zodanig uitstrekte, en de niet heel vlotte aanlevering van respondenten.

De data uit de ingevulde vragenlijsten werden digitaal ingevoerd voor bewerking. Uiteraard betrof het hier, conform de privacy eisen, de *geanonimiseerde* bestandsgegevens. De tot

personen herleidbare oorspronkelijke lijsten zijn separaat, in een afgesloten beveiligde omgeving bewaard.

2.5 Twee vormen van mogelijke bias

De uiteindelijk gevolgde onderzoeksopzet diende overwegend om nog onbekend terrein in kaart te brengen. Risico's van bias zijn echter nooit, en dus ook niet met deze opzet, geheel uit te sluiten.
Allereerst is er het risico van *selectie bias*. Hierbij wordt allereerst gedoeld op het feit dat deelnemers in de EKC-groep zelf al op enig moment hebben ingestemd met aanmelding voor een conferentie en daarmee voor inschakeling van hun netwerk. Bovendien zijn alleen zaken aangeleverd, waarin ook daadwerkelijk een plan tot stand is gebracht. In deze zaken waren de verhoudingen dus kennelijk al constructief, en een positieve uitkomst ligt dan als vanzelf meer in de lijn der verwachting.

Maar ook in de WT-groep schuilt het gevaar van selectie bias. Door de privacy-eisen heeft het onderzoeksteam geen zicht gehad op de wijze waarop WT-medewerkers te werk zijn gegaan bij het benaderen van potentiële respondenten. Het is daarom niet gezegd dat de voor deelname benaderde personen ook representatief zijn voor de totale caseload van het desbetreffende WT. Niet ondenkbaar is dat personen zijn benaderd van wie men een tevreden, niet-agressieve en constructieve opstelling heeft vermoed.

In de tweede plaats speelt nog een ander mogelijk selectiemechanisme een rol, namelijk de kwestie van de 'zorgmijders'. Er bestaan indicaties uit ander onderzoek dat bepaalde segmenten van zorgvragers nooit een hulpverlener (willen of kunnen) bereiken, om uiteenlopende redenen. Dat vraagstuk valt op zich echter buiten het bestek van dit onderzoek. Zoals hieronder in Hoofdstuk 4 zal blijken, is wel met de WT-leiders besproken in hoeverre de 'geldige' respondenten uit hun wijk de *caseload* lijst van het wijkteam weerspiegelen, en het profiel van de wijk als geheel. Deze check werd uitgevoerd met een WT-gebonden uitsplitsing op achtergrondkenmerken van respondenten.

Een andere vorm van mogelijke bias is gelegen in het onvermijdelijk subjectieve karakter van het door de geïnterviewden geschetste beeld, en hoe de interviewer dit op zijn beurt interpreteert (Mitchell, 2018). Bij de onderzoeker zelf bestaat het gevaar van (onbewuste) verificatie bias.

Aan de kant van de geïnterviewde zal de onderzoeker bedacht moeten zijn op sociaal wenselijke antwoorden, zelfoverschatting, ontoereikende kennis over ingezette zorgarrangementen, dan wel een tekortschietend geheugen als het gaat om reconstructie van het zorgverleden. Van deze valkuilen is het onderzoeksteam zich steeds bewust geweest, en getracht is deze waar mogelijk te vermijden. Zo werd tijdens de diepte-interviews steeds ruimte ingebouwd om in een latere fase van een gesprek weer terug te komen op eerder gegeven diffuse informatie, of werden geconstateerde tegenstrijdigheden subtiel voorgehouden aan de respondent. Een interview afnemen bij respondenten thuis plaatst de onderzoeker enigszins in een positie die lijkt op de zorgprofessional die voor een Keukentafelgesprek langskomt. Men vormt zich, ook als onderzoeker op afstand, vaak onbewust een beeld van de geïnterviewde en diens leefomgeving. Net als de zorgprofessional dient een onderzoeker daar echter behoedzaam mee om te gaan. Het gaat om volgens de geïnterviewde belangrijke feiten (die waar mogelijk geverifieerd althans geobjectiveerd dienen te worden), en om de oprechte gevoelens en opinies van de geïnterviewde. Die moet de onderzoeker zonder voorbehoud optekenen, maar zo mogelijk

wel door te vragen naar de ervaringen waarop die opinies zijn gestoeld (Guest, Namey & Mitchell, 2012).

2.6 Interviews zorgprofessionals en Eigen Kracht coördinatoren

De interviews met zorgvragers vormen weliswaar de ruggengraat van het onderzoek, maar daarnaast werden interviews met de zorgprofessionals van groot belang geacht. Zoals reeds opgemerkt was er op het moment van aanvang van dit onderzoek zeer weinig bekend over de rol van de zorgprofessional als verwijzer naar *Family Group Conferences*, en dat geldt nog meer voor de professional zelf in zijn activerende rol, bijvoorbeeld als gespreksleider van netwerkberaden.
De professionals die respondenten hadden aangeleverd werden (op 2 na) allen geïnterviewd (N=27). Hier werd eveneens gewerkt op basis van een vragenlijst, waarbij getracht werd een beeld te krijgen van de beroepshouding, de eigen criteria om al dan niet een netwerk rond een cliënt te activeren, en de vraag waarop men die criteria baseert. Tevens werd gevraagd wanneer een interventie in de ogen van de WT-medewerker als 'succesvol' gekwalificeerd kan worden, en welke zorgen of belemmeringen men zelf ervaart in het nieuwe zorgstelsel. In een later stadium werden de WT-leiders gevraagd (N=6) naar de verhoudingen tussen de WTs en de andere sleutelspelers in het sociaal domein, zoals jeugdbeschermers, specialistische zorgaanbieders, het cluster Werk & Inkomen, en de Vraagwijzer. Ook werd de WT-leiders gevraagd naar eventuele knelpunten, met name in regelgeving, administratie, stafcapaciteit en bekostiging.

Een min of meer spiegelbeeldige vragenlijst werd voorgelegd aan een selectie van EKC-coördinatoren (N=7). Hierbij assisteerde het EKC Regiomanagement, omdat door de ontstane onzekere situatie voor EK-c's in de Regio Rotterdam niet alle coördinatoren meer beschikbaar waren. Hen werd onder meer gevraagd naar de eigen achtergrond, hoe gedacht wordt over de werkverhouding met zorgprofessionals (mede in het licht van een mogelijk gezamenlijke zorgregie), de eigen criteria voor het aanvaarden van een coördinatorschap in concrete dossiers, en eventueel ook hier ervaren knelpunten op het terrein van regelgeving en bekostiging.

2.7 Taakverdeling en slimme sturing

Na analyse van de ervaringen van zorgvragers en zorgprofessionals werden, conform de vragen van de maatschappelijk partners, enkele relatief vaak gesignaleerde vormen van inzet van netwerksteun en van feitelijke taakverdeling tussen netwerk en professional doorgerekend op de kostendimensie. Dit heeft geleid tot drie kostenscenario's waarin de werkelijke casusposities konden worden geïntegreerd. Binnen elk scenario werden onderling verschillende details gemengd tot één 'gestileerde', en daarmee tegelijk geanonimiseerde, modelcasus per scenario. De drie scenario's blijken alle reeds in het eerste jaar van netwerksteun tot besparingen te leiden. Deze scenario's zeggen nog niets over daadwerkelijke synergie, dat wil zeggen: over *doelbewuste* taakverdelingsafspraken, waarbij een wederkerig leerproces plaatsvindt en de zwakke kanten in de samenwerking geneutraliseerd kunnen worden en de sterke kanten geconsolideerd. Daarover zou toekomstig nader onderzoek uitsluitsel kunnen geven. De scenario's geven wel een indicatie wat hier nog mogelijk zou zijn.

Tot slot werden de bevindingen geëvalueerd in het licht van het NWO Slimme Sturing programma. Het betreft hier vooral de vraag in hoeverre de voor de zorgtransitie gebruikte sturingsinstrumenten 'budgettering' en 'regulering' doeltreffend te achten zijn. De

budgettering lijkt niet toereikend, en de regelgeving blijkt nauwelijks bekend. De regelgeving heeft echter een nieuwe publieke taak gecreëerd waarvoor separate bekostiging vereist is.

Het rapport sluit af met een korte beschouwing over de beperkingen en de meerwaarde van het verrichte onderzoek, en wenselijke vervolgstappen in de nabije toekomst.
De disciplinaire achtergrond van de onderzoekers bestrijkt de diverse perspectieven van waaruit de analyses werden uit gevoerd, te weten sociaal wetenschappelijk en juridisch.

2.8 Afronding

Het hier voorliggende onderzoek is dus als gevolg van de ontwikkelingen bij de Gemeente breed exploratief opgezet. Getracht is in kaart te brengen of netwerkactivering feitelijk plaatsvindt, vanzelfsprekend bij EK-c's, maar nu ook bij de WTs. Bij welk soort problemen gebeurt dit, of gebeurt dit juist niet? Ook persoonlijke achtergronden, de samenstelling van netwerken en de interactie tussen zorgvragers en zorgprofessionals wordt in beeld gebracht. Voor zover de heterogeniteit binnen al deze clusters van potentieel verklarende factoren geen statistisch significante gevolgtrekkingen toelaat, biedt de wijze waarop de respondenten zelf hun situatie na 2 jaar hulpverlening beoordelen inzicht: welke factoren achten de respondenten zelf – als direct betrokkenen – cruciaal voor de al dan niet gerealiseerde vermindering van hun problemen?

Men zou de onderzoeksmethode in dit project dus *pluralistisch* kunnen noemen (Lupton & Nixon, 1999). Waar getracht wordt keuzes, criteria en persoonlijke verklaringen voor uitkomsten te begrijpen, is het onderzoek kwalitatief van aard. Maar tegelijk is gepoogd een dusdanig aantal waarnemingen te verrichten dat diverse kwantitatieve bewerkingen op de verzamelde data mogelijk zijn. Deze kwantitatieve dimensie bij exploratief onderzoek is ook belangrijk. Door het aantal waarnemingen kunnen patronen ontdekt worden en deze kunnen op hun beurt aanleiding geven tot het ontwikkelen van (voorlopige) hypothesen. Dit is in ieder geval van belang voor de beleidspraktijk, hoewel er de nodige meningsverschillen bestaan over de randvoorwaarden en de betekenis van het begrip 'bewijs' zoals gebruikt in de courante term '*evidence based* beleid' (Van Reekum 2008; Slob & Staman 2012).

Het voorliggende onderzoek combineert dus kwalitatieve en kwantitatieve benaderingen. Daarmee neemt het een tussenpositie in ten opzichte van de projecten die in Hoofdstuk 1 werden genoemd. Overwegend kwalitatieve proces-evaluaties zullen, naarmate zij gedegener zijn opgezet (namelijk door meer leden in een gezinsnetwerk en hun wijze van reageren op elkaar in de analyse te betrekken), ook steeds meer context-specifieke c.q. context-afhankelijke inzichten opleveren. De fysieke beperkingen waarmee ieder onderzoek nu eenmaal te maken krijgt, zullen bij zo'n analyse 'in de diepte' noodgedwongen resulteren in een bescheiden aantal onderzochte gezinssystemen, dus tot restricties 'in de breedte'. Men heeft inzicht gekregen in hoe in de specifieke gezinssituaties van X en van Y veranderingen tot stand gekomen zijn, maar geldt dit ook in gezin Z?
Omgekeerd is bij 'zuiver' kwantitatief onderzoek, waar men inzet op grote aantallen respondenten, om 'hard' statistisch bewijs inzake de effectiviteit van interventies te kunnen leveren, vaak sprake van een modelmatige aanpak. In zo'n aanpak worden veel zaken verondersteld en de werkelijkheid dus doelbewust versimpeld.
Meting beperkt zich doorgaans tot een enkel, is isolement beschouwd probleemgebied. Binnen dat eng omlijnde gebied wordt dan een groep met *(vermeend loutere?)* netwerksteun vergeleken met een groep met *(vermeend loutere?)* professionele steun. Vergelijking vindt bij voorkeur plaats op eenvoudig meetbare uitkomstmaten die geheel op het geïsoleerde probleem gefocust zijn, bijvoorbeeld 'succesvolle afsluiting van het dossier'. Zo kan men

grote aantallen zaken meten, maar wat weet men dan uiteindelijk? Hier gaat de focus op de ‘breedte’ door de modelmatige reductie ten koste van de ‘diepte’.

Met de hier gekozen opzet hopen we tussen Scylla en Charybdis door te kunnen laveren. We willen vooronderstellingen ten aanzien van de complexiteit van de zorgproblematiek en het tableau van spelers vermijden, en tegelijk achterhalen of er mogelijke samenhangen bestaan met de in het nieuwe zorgstelsel centrale notie van netwerkactivering.

3. Resultaten

3.1 Inleiding

Een van de kernvragen in dit onderzoek is of netwerksteun bijdraagt aan de zelfredzaamheid van cliënten en kan worden gezien als een 'slimme' manier om hen te helpen bij problemen. Om antwoord te geven op deze vraag, presenteren we in dit hoofdstuk de belangrijkste resultaten van het onderzoek onder respondenten van de EKC-groep en de Wijkteam-groep (WT-groep).
We baseren ons hierbij op gegevens van twee metingen: één in 2017-2018 en één in 2018-2019. Aan de 1e meting hebben in totaal 115 respondenten meegedaan; 55 uit de EKC-groep en 60 uit de WT-groep. Het grootste deel hiervan heeft ook aan de 2e ronde interviews deelgenomen. Het ging hierbij in beide groepen om 45 personen.
In dit hoofdstuk richten we ons primair op de respondenten die aan *beide* metingen hebben meegedaan. De vergelijking tussen beide groepen en beide metingen is zodoende zuiver. De respondenten die alleen aan de 1e meting hebben meegedaan (en niet aan de 2e), laten we buiten beschouwing, tenzij juist de data uit de 1e meting inzicht bieden. Dit wordt dan expliciet vermeld in de tekst.
Om te achterhalen of de uitvallers bepaalde kenmerken hebben en daarmee de uitval selectief is, is een regressieanalyse uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de uitval van respondenten tussen de 1e en de 2e meting enigszins selectief is. Tussen de EKC-groep en de WT-groep bestaan (beperkte) verschillen naar leeftijdsklasse en opleidingsniveau, en blijkt de *ernst van de problematiek* van invloed op de non-respons.[2] Het gaat bij dit laatste om een negatief effect (ernstiger problemen gaan samen met een kleinere kans op non-respons). De omvang van deze bias is echter klein. En omdat we in de analyses in de regel alleen kijken naar de respondenten die aan beide metingen hebben meegedaan, heeft deze selectiviteit verder geen vertekenend effect op de uitkomsten.[3]

In paragraaf 3.2 gaan we eerst in op de zorgvragers en hun problemen. Daarbij richten we ons vooral op de samenstelling van beide respondentgroepen en het type problemen waarmee zij te maken hebben. In paragraaf 3.3 gaan we vervolgens in op de professionele hulp en netwerksteun die respondenten krijgen, en de ontwikkeling daarin tussen de 1ste en 2de meting. In paragraaf 3.4 belichten we de effectiviteit van de netwerksteun. Daarbij maken we onder meer gebruik van regressieanalyse om de verschillen in zelfredzaamheid en problematiek in beeld te brengen tussen de twee groepen en de twee meetmomenten (*difference-in-difference*).

3.2 Zorgvragers en hun problemen

In deze paragraaf schetsen we een beeld van de zorgvragers en hun problemen. We gaan daarbij in op de samenstelling van beide groepen en het type problemen waarmee zij te maken hebben. Het doel hiervan is om eventuele verschillen op te sporen die van invloed kunnen zijn op de verdere analyse.

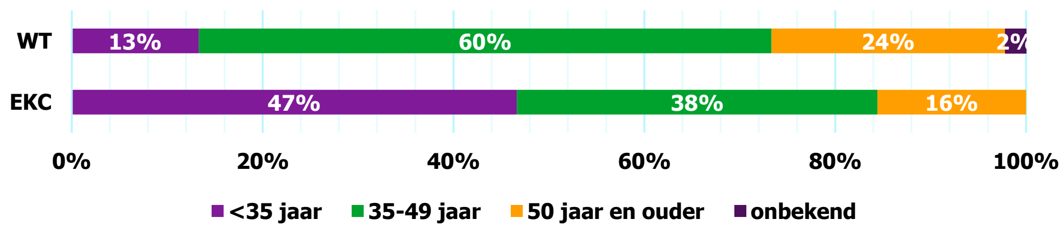
---

[2] Onder oudere respondenten en hoger opgeleiden ligt de non-respons hoger dan onder respondenten van 35-49 jaar en respondenten met een mbo opleiding.
[3] Het ontbreken van zogenaamde *drieweg interactie-effecten* (tussen groep, persoonskenmerken en uitval) onderstreept dit. Dit betekent namelijk dat er geen verschil is in uitval tussen de groepen.

Persoonlijke achtergrond
Aan de 1e meting van het onderzoek hebben 60 respondenten uit de WT-groep deelgenomen en 55 uit de EKC-groep. Een groot deel hiervan heeft ook meegedaan aan de 2e meting (eind 2018/begin 2019). In beide groepen gaat het hierbij om 45 respondenten.

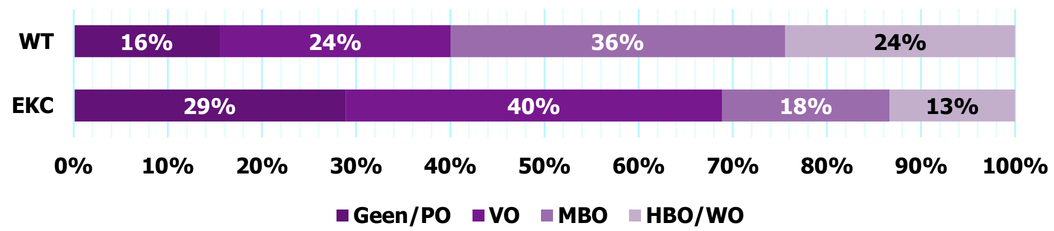
Kijken we naar de samenstelling van de groep respondenten die aan beide metingen heeft meegedaan, dan zijn er duidelijke verschillen tussen de EKC-groep en de WT-groep. Het gaat dan allereerst om de leeftijdsopbouw (zie Figuur 3.1). Het valt op dat de EKC-groep relatief meer jongeren (tot 35 jaar) bevat dan de WT-groep. In de WT-groep zitten verhoudingsgewijs veel cliënten in de leeftijdsklasse van 35 tot 50 jaar.

Figuur 3.1 – Leeftijdsopbouw respondentgroepen (1e meting)



Naast deze verschillen in leeftijdsopbouw, zijn er ook significante verschillen naar opleidingsniveau en inkomstenbron. Respondenten uit de EKC-groep zijn beduidend lager opgeleid dan die uit de WT-groep, en zitten verhoudingsgewijs vaker in de bijstand (zie Figuur 3.2, Figuur 3.3). Van de EKC-groep heeft bijna 70% ten hoogste voortgezet onderwijs (vo) gevolgd. In de WT-groep is dat 40%.

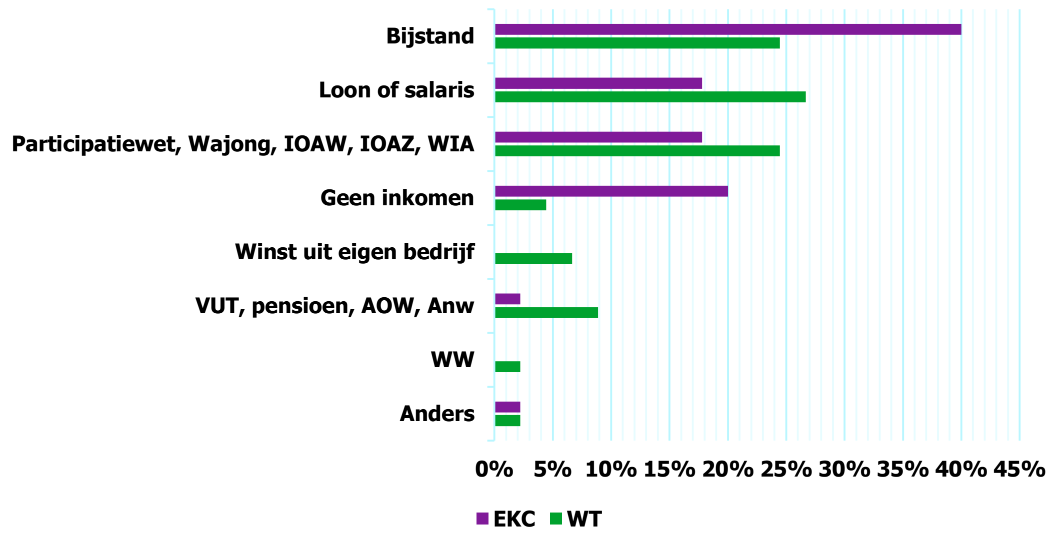
Figuur 3.2 – Opleidingsniveau respondentgroepen (1e meting)



Van de respondenten uit de EKC-groep had tijdens de 1e meting circa 40% een bijstandsuitkering en had circa 20% geen inkomen. In de WT-groep lagen deze percentages, respectievelijk 24% en 4%, aanzienlijk lager. Het aandeel respondenten met inkomen uit werk of eigen onderneming ligt daarentegen in de WT-groep wat hoger dan in de EKC-groep. Dezelfde verschillen komen ook uit de 2e meting naar voren.[4]

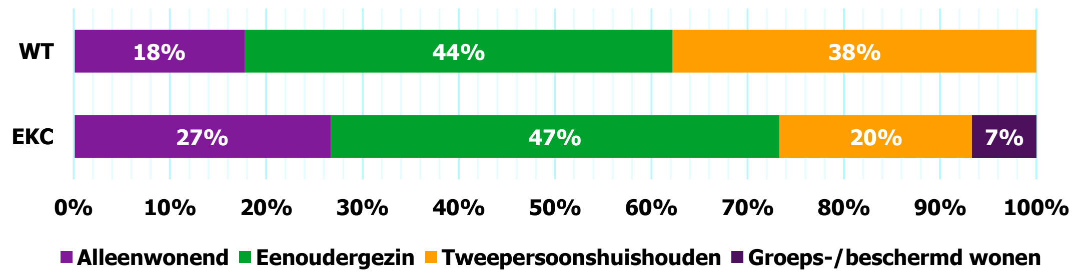
[4] Het aandeel respondenten met inkomen uit werk is in beide groepen iets toegenomen tussen de 1e en 2e meting.

Figuur 3.3 – Inkomstenbron respondentgroepen (1e meting)



Wat betreft de samenstelling van het huishouden zijn er geen significante verschillen tussen beide respondentgroepen. Een groot deel van de zorgvragers behoort tot een eenoudergezin. Dit geldt zowel voor de EKC-groep als de WT-groep (zie Figuur 3.4).

Figuur 3.4 – Samenstelling huishouden respondentgroepen (1e meting)

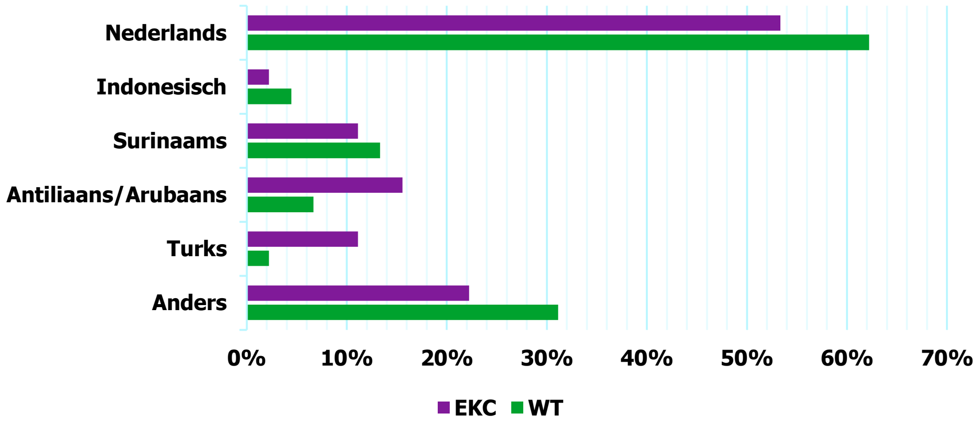


Als het gaat om de etnische, culturele achtergrond, zegt het merendeel van de respondenten Nederlands te zijn (zie Figuur 3.5). Dit geldt voor beide groepen. Het aandeel respondenten dat (naar eigen zeggen) tot een etnische minderheid behoort, verschilt niet significant tussen de WT-groep en de EKC-groep. Opmerkelijk is in dit verband overigens wel dat Rotterdammers met een Marokkaanse achtergrond in beide groepen vrijwel afwezig zijn, terwijl deze in Rotterdam sterk zijn vertegenwoordigd. Rotterdammers met een Kaapverdiaanse achtergrond zijn wel vertegenwoordigd, zij het onder de groep 'overig'.

Bij dit onderdeel is bewust niet gewerkt met CBS-criteria (zoals nationaliteit), maar is gevraagd naar de subjectieve beleving van etniciteit: waar rekent men zichzelf toe? Zelf gevoelde of benadrukte identiteitsverschillen kunnen van belang zijn voor wat Ostrom de factor 'culturele homogeniteit' noemt ter verklaring van duurzame netwerksamenwerking (zie Hoofdstuk 2). Uit gesprekken met WT-leiders en EKC-coördinatoren komt overigens naar voren dat de samenstelling van beide groepen respondenten huns inziens een goede afspiegeling vormt van het cliëntenbestand c.q. de WT-caseloadlijsten. De ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen etnische minderheden is dan ook geen reden om te twijfelen aan de representativiteit van het onderzoek. Het zegt eerder iets over

al dan niet reële drempels die potentiële zorgvragers ervaren bij het zoeken van hulp via EKC of WT.

Figuur 3.5 – Samenstelling etnische, culturele achtergrond respondentgroepen (1e meting)



Uit voorgaande analyses blijkt dat de samenstelling van beide respondentgroepen significant verschilt wat betreft de leeftijdsopbouw, het opleidingsniveau en het inkomen. Het is daardoor lastig om beide groepen te vergelijken en de effectiviteit van de EKC-aanpak nauwkeurig vast te stellen. In het kader van het onderzoek zijn daarom ook multivariate analyses uitgevoerd, waarbij is gecorrigeerd voor samenstellingsverschillen.

Probleemgebieden

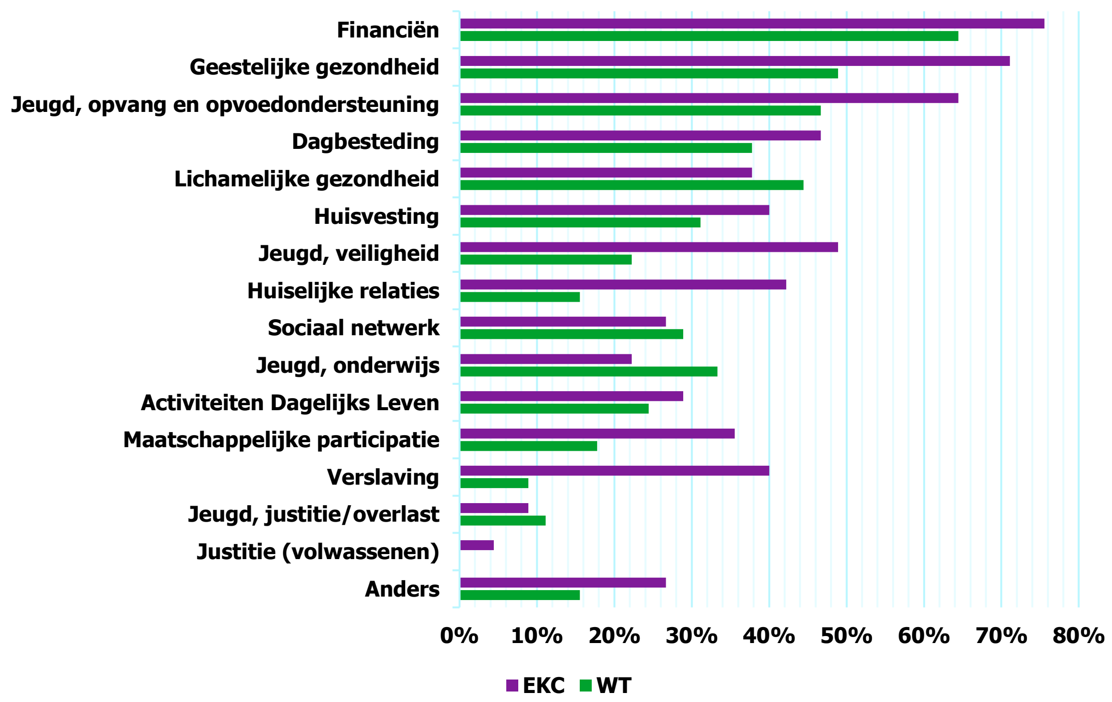
In het vervolg van deze paragraaf gaan we nader in op de problemen van betrokkenen. Met welke probleemgebieden hadden respondenten uit de EKC-groep en de WT-groep te maken en hoe lang speelden die problemen al, ten tijde van de Eigen Kracht conferentie en het Keukentafelgesprek?

Om inzicht te krijgen in de problemen van zorgvragers, is in de enquête een lijst met 16 probleemgebieden opgenomen inclusief een categorie 'anders'. In deze paragraaf schetsen we de resultaten op basis van de 1e meting. De resultaten van de 2e meting komen in paragraaf 3.4.1 aan bod waar we ingaan op de ontwikkeling van problemen.

Ten tijde van de 1e meting had circa driekwart van de EKC-groep te maken met financiële problemen en ruim twee derde met problemen op het terrein van de geestelijke gezondheid (zie Figuur 3.6). Daarnaast had een belangrijk deel problemen op het terrein van jeugdopvang en opvoedondersteuning, dagbesteding en jeugdveiligheid. In de meeste gevallen is er sprake van meervoudige problematiek.

De EKC-respondenten geven aan gemiddeld 6 soorten problemen te hebben, variërend van 2 tot 14 soorten problemen. Enkele uitzonderingen daargelaten, ervaart de EKC-groep het merendeel van de problemen als ernstig of zeer ernstig.

*Figuur 3.6 – Problemen van respondenten (1e meting)**



* Selectie respondenten die aan beide metingen hebben meegedaan.

Ook de WT-groep wordt het meest geconfronteerd met financiële problemen. Twee derde van de WT-groep heeft hiermee te maken, gevolgd door problemen met de geestelijke en/of lichamelijke gezondheid en jeugdopvang en opvoedondersteuning (zie Figuur 3.6). De respondenten in de WT-groep hebben gemiddeld 4,7 problemen, variërend van 1 tot 9 problemen. Dat is beduidend minder dan in de EKC-groep. De ernst van de problemen verschilt overigens niet. Ook in de WT-groep worden de problemen in het algemeen als ernstig of zeer ernstig omschreven.

Op basis van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat in veel gevallen sprake is van (complexe) multiproblematiek. Daarbij hebben de respondenten in de EKC-groep gemiddeld méér problemen dan die in de WT-groep. Financiële problemen en problemen op het terrein van de geestelijke gezondheid domineren in beide groepen. Verschillen bestaan er ten aanzien van de probleemgebieden jeugd-veiligheid, verslaving, huiselijke relaties en maatschappelijke participatie, die in de EKC-groep beduidend vaker genoemd worden dan in de WT-groep.[5] Deze verschillen hangen in elk geval deels samen met de verschillen in samenstelling van de groepen. Dit geldt in elk geval voor de jeugdproblematiek, die in de EKC-groep vaker voorkomt.

Voorgeschiedenis problemen

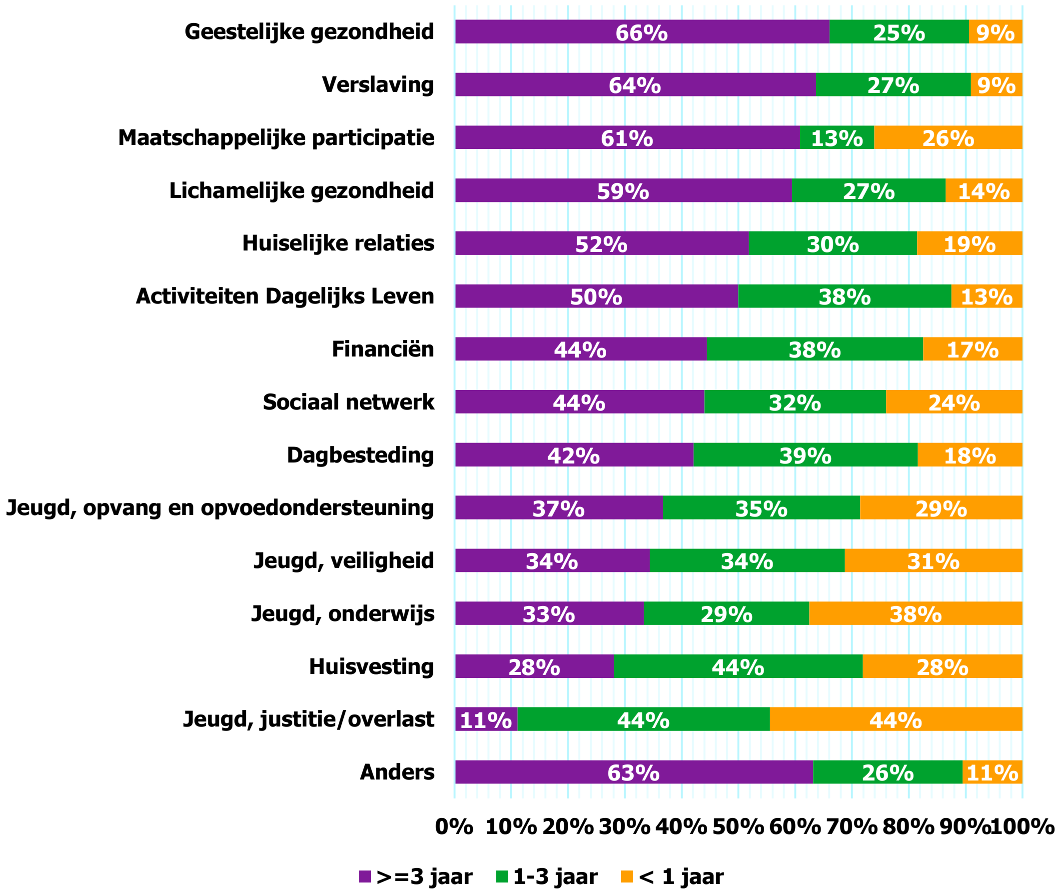
Uit nadere analyse blijkt dat de problemen vaak al langer dan een jaar speelden, voordat respondenten werden aangemeld voor een EK-c of naar het WT gingen (zie Figuur 3.7). Dit geldt in het bijzonder voor de problemen op het terrein van geestelijke gezondheid en verslaving. Bij twee derde van de respondenten speelden deze problemen al 3 jaar of langer. De jeugdproblemen spelen in de regel minder lang. Hetzelfde geldt voor de problemen met huisvesting.

[5] Het aandeel respondenten dat te maken heeft met problemen op het terrein van geestelijke gezondheid en jeugdopvang- en opvoedondersteuning verschilt ook significant tussen beide groepen.

In Figuur 3.7 zijn beide respondentgroepen vanwege de beperkte aantallen samengenomen.[6] Als we kijken naar de vijf meest genoemde problemen, dan zijn er echter geen noemenswaardige verschillen. Voor beide groepen geldt dat de problemen op het terrein van geestelijke gezondheidszorg vaak al lang spelen. Dit geldt ook voor problemen op het vlak van: verslaving, financiën en lichamelijke gezondheid. De huisvestingsproblemen waarmee respondenten uit de EKC-groep te maken hebben, lijken van iets recenter datum dan die van de WT-groep. Hetzelfde geldt voor de jeugdproblemen. Deze verschillen zijn echter niet significant.

Dat de problemen rond de geestelijke gezondheid (in ruime zin) vaak al lang duren, is overigens niet verwonderlijk. Deze problemen zijn in de regel nogal persistent. Een verstandelijke beperking bijvoorbeeld, komt doorgaans op jonge leeftijd aan het licht en zal in de regel ook niet meer verdwijnen. Het is verder bekend dat depressies vaak terugkeren en een fluctuerend patroon vertonen. Dat daarnaast ook financiële problemen vaak een langere geschiedenis hebben, gerekend vanaf het moment dat via een EK-c of WT hulp wordt ingeroepen, kan mogelijk te maken hebben met de taboesfeer rond het hebben van schulden. Hier speelt vermoedelijk ook mee dat deze problemen meestal niet snel opgelost kunnen worden. Zelfs als men tot een *schuldsaneringstraject* wordt toegelaten, duurt het vaak meerdere jaren voordat de schuldenproblematiek is opgelost of is verminderd.

*Figuur 3.7 – Voorgeschiedenis problemen (1e meting)**



* Vanwege kleine aantallen zijn beide groepen samengenomen. Problemen met *justitie* zijn om dezelfde reden zelfs geheel buiten beschouwing gelaten.

[6] Tabel A.1 en Tabel A.2 in Annex 1 tonen de uitkomsten voor beide groepen afzonderlijk.

3.3 Professionele hulp en netwerksteun

In paragraaf 3.2 is een beeld geschetst van de zorgvragers en hun problemen. Daarbij is naar voren gekomen dat veel respondenten te maken hebben met complexe multiproblematiek en dat de problemen vaak ook al langere tijd speelden voordat hulp werd ingeroepen bij de EKC of het Wijkteam. Hier gaan we nader in op de hulp die respondenten wordt geboden en hoe zij daarover denken. We kijken daarbij allereerst naar de Eigen Kracht conferenties (paragraaf 3.3.1) en de zogenaamde Keukentafelgesprekken (paragraaf 3.3.2). In paragraaf 3.3.3 gaan we nader in op de professionele hulp en netwerksteun die aan cliënten wordt geboden en in paragraaf 3.3.4 op de opinies daarover. We baseren ons hierbij opnieuw op de respondenten die aan beide metingen (de 1e en 2e) hebben meegedaan.

3.3.1 De Eigen Kracht conferentie

Respondenten uit de EKC-groep hebben vaak te maken met multiproblematiek en problemen die al langere tijd spelen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de meesten van hen (98%) in het verleden ook al eens ondersteuning kregen van professionele hulpverleners. Het betrof vooral: jeugdzorg 'oude stijl' (vóór 2015), jeugdbescherming, maatschappelijk werk en WT (zie Tabel A.4 in Annex I). Het oordeel over de professionele hulp loopt sterk uiteen. Ongeveer een derde van de respondenten oordeelt positief over de relatie met de zorgprofessionals in het verleden, en een derde negatief. De rest heeft geen uitgesproken mening over de relatie met de zorgprofessionals in eerdere jaren.

Het initiatief voor een EK-c komt met enige regelmaat van een professionele hulpverlener, zo blijkt uit de 1e meting. Circa driekwart van de respondenten geeft aan dat zij door een professionele hulpverlener zijn geïnformeerd over het bestaan van EK-c's. De rest (26%) is hierover door mensen uit het eigen netwerk geïnformeerd. De feitelijke aanmelding voor de conferentie is ook dikwijls door een professionele hulpverlener gedaan.[7] Het gaat dan onder meer om: jeugdbescherming, maatschappelijk werk, WT en/of advocaat. Ongeveer één op de vijf respondenten uit de EKC-groep heeft zich zelf aangemeld voor een EK-c.

Uit de 1e ronde interviews blijkt dat de meeste EK-c's in 2015, 2016 en 2017 zijn gehouden; een enkele in 2018. Dit betekent dat de conferenties in veel gevallen al geruime tijd vóór de 1e meting plaatsvonden. Bijna driekwart van de conferenties vond meer dan een jaar voor het 1e interview plaats; ruim 90% meer dan een half jaar daarvoor.

Kijken we naar de personen die bij de EK-c's aanwezig waren, dan vallen drie groepen op: de naaste familie, vrienden en professionele hulpverleners (zie Tabel 3.1). Bij de meeste respondenten (96%) was naaste familie aanwezig op de EK-c en bij ruim de helft waren er ook vrienden. Daarnaast waren er meestal ook professionele hulpverleners aanwezig. Buren zijn relatief zelden aangehaakt. Hetzelfde geldt voor mensen uit het bredere netwerk (kerk/moskee, werk, etc.).

Kijken we naar degenen die volgens het Plan ondersteuning bieden, dan blijkt dat het vaakst een beroep wordt gedaan op de naaste familie. Dit gebeurt bij 80% van de respondenten uit de EKC-groep (zie Tabel 3.1). Daarnaast is in de plannen ook vaak professionele hulp voorzien. Dit laatste is bij ongeveer de helft van de respondenten aan de orde en betekent dat bij het oplossen van de problemen niet alleen een beroep wordt gedaan op het eigen netwerk, maar ook op professionele hulpverleners. Dit is een belangrijke bevinding in het licht van dit onderzoek. Het laat zien dat respondenten uit de EKC-groep niet alleen netwerksteun krijgen, maar ook professionele hulp. Afgaand op de plannen, ligt het primaat

[7] Ruim een kwart van de EKC-groep weet niet (meer) wie de aanmelding voor de EK-c heeft gedaan.

(de regie) weliswaar bij het eigen netwerk, maar daarnaast is ook in professionele hulp voorzien. Het gaat in de praktijk dus dikwijls om een combinatie.

Tabel 3.1 – Wie waren er bij de EK-c aanwezig en ondersteunt bij de problemen volgens het Plan? (%)

	Aanwezigen		**Ondersteuners**	
	%	n	%	n
Partner / kinderen / broers, zussen/ ouders	95,6%	43	80,0%	36
Ooms / tantes, neven / nichten	33,3%	15	24,4%	11
Vrienden	53,3%	24	28,9%	13
Buren, buurtorganisatie, vrijwilligers	11,1%	5	11,1%	5
Hobby / sportclubs, kerk / moskee, school, werk/collega's	2,2%	1	0,0%	0
Professionele hulpverleners	91,1%	41	48,9%	22
Totaal	100,0%	45	100,0%	45

Naast de vraag *wie* er (volgens het plan) ondersteuning biedt, is in de enquête ook gevraagd wie de oplossingen heeft bedacht. Heeft de respondent dat zelf gedaan of zijn de oplossingen vooral door anderen bedacht? Uit de enquête blijkt dat de oplossingen in de meeste gevallen (62%) gezamenlijk zijn bedacht. Dat wil zeggen gezamenlijk door de respondent én de overige aanwezigen tijdens de Eigen Kracht conferentie. Verder geeft circa 16% van de respondenten aan dat de oplossingen vooral door henzelf zijn bedacht en 22% dat de oplossingen door anderen zijn bedacht. Uit nadere analyse blijkt dat dit verschil in 'initiatief' significant samenhangt met de tevredenheid over de hulp uit eigen netwerk. Respondenten die gezamenlijk oplossingen hebben bedacht of dat vooral zelf hebben gedaan, scoren duidelijk beter dan degenen die aangeven dat de oplossingen vooral door anderen zijn bedacht. Dit laatste onderstreept het belang van eigen inbreng door de zorgvragers.

3.3.2 Het Keukentafelgesprek

In paragraaf 3.2 hebben we gezien dat ook de WT-groep vaak te maken heeft met een meervoudige problematiek en problemen die al langere tijd spelen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een ruime meerderheid (84%) van deze respondenten al eerder professionele hulp kreeg. Het ging dan vooral om hulp van: huisarts, WT, maatschappelijk werk, KBR en/of Jeugdzorg (zie Tabel A.4 Tabel in Annex I). Maar ook tal van andere hulpverleners hebben in het verleden ondersteuning geboden, zo blijkt uit de open antwoorden.[8]

Om de problemen op te lossen, is in de afgelopen jaren met praktisch alle respondenten uit de WT-groep bij wijze van 'intake' een Keukentafelgesprek gehouden. Dit gesprek is voor de WT-groep het startpunt voor het opstellen van een ondersteuningsplan. In de meeste gevallen (73%) vond dat gesprek meer dan een half jaar voor de 1e meting plaats.

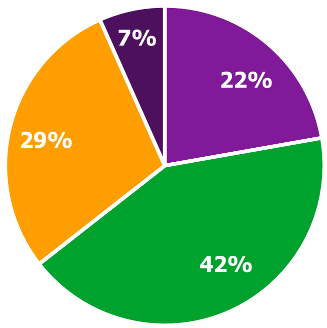
Anders dan bij de EK-c's, was bij de Keukentafelgesprekken lang niet altijd iemand uit de eigen omgeving aanwezig. Circa 60% van de respondenten geeft aan dat er familie, vrienden of buren aanwezig waren bij het Keukentafelgesprek.[9] Bij de rest (42%) waren géén mensen uit het eigen netwerk aanwezig. Vanuit het WT is er meestal (60%) één WT-medewerker aanwezig bij het Keukentafelgesprek.

[8] Het betreft dan vooral psychologen, kinderpsychiaters, RIAGG, GGZ, Thuiszorg, etc.
[9] 53% van de respondenten geeft aan dat naast familie aanwezig was bij het Keukentafelgesprek.

Uit de 1e ronde interviews komt naar voren dat in de gesprekken veelal samen met de WT-medewerker(s) naar oplossingen is gezocht.[10] Door de meeste respondenten (ca. 80%) zijn daarbij voorstellen op tafel gelegd om de problemen op te lossen. Deze zijn echter niet altijd overgenomen. Circa 40% van de respondenten geeft aan dat de voorstellen volledig zijn overgenomen en nog eens 29% dat die deels zijn overgenomen (zie Figuur 3.8). De rest heeft geen voorstellen gedaan (22%) of voorstellen gedaan die niet zijn overgenomen (7%).

Om de problemen op te lossen, is door de WT-medewerker(s) in veel gevallen professionele hulpverlening voorgesteld. Dit geldt althans voor 3 op de 5 respondenten. Bij 18% van de respondenten is een combinatie van professionele hulp en netwerksteun voorgesteld, en bij 22% een andere vorm van ondersteuning. Dit betekent dat in de WT-groep het zwaartepunt vooral bij professionele hulpverlening ligt, maar ook hier wel een beroep wordt gedaan op het eigen netwerk van respondenten.[11] De WT-groep wijkt hiermee wezenlijk af van de EKC-groep, waarbij in praktisch alle gevallen een beroep op het eigen netwerk wordt gedaan en daarnaast ook in professionele hulp wordt voorzien.

Figuur 3.8 – Heeft u tijdens het Keukentafelgesprek voorstellen op tafel gelegd? (WT)



Interessant is overigens om te zien dat verreweg de meeste respondenten (87%) het eens zijn met de voorstellen die door de WT-medewerker(s) zijn gedaan, naar aanleiding van het Keukentafelgesprek. Slechts een kleine groep is het daarmee oneens (4%) of heeft twijfels over de voorstellen (9%).

3.3.3 Professionele hulp en netwerksteun

Uit voorgaande analyses blijkt dat veel respondenten te maken hebben met multiproblematiek. Dit geldt zowel voor de EKC-groep als de WT-groep. De oplossing wordt hierbij vaak gezocht in een combinatie van professionele hulp en netwerksteun. Het zwaartepunt verschilt daarbij wel. In de EKC-groep ligt het primaat bij het eigen netwerk, maar worden ook regelmatig professionele hulpverleners ingezet. In de WT-groep is dat andersom. Het zwaartepunt ligt daar bij de professionele hulp, maar daarnaast wordt ook wel een beroep gedaan op het eigen netwerk. Dit beeld zien we zowel in de 1e als de 2e meting. Ten tijde van de 1e meting kreeg 73% van de EKC-groep enige vorm van professionele hulp en 84% steun uit eigen netwerk. Van de WT-groep was dit respectievelijk 91% en 67%.

[10] 96% van de respondenten geeft aan dat samen naar oplossingen is gezocht.
[11] Het aantal respondenten waarbij daadwerkelijk een beroep wordt gedaan op personen uit het eigen netwerk is overigens beperkt (zie

Figuur 4.2).

Circa 62% van de respondenten (uit beide groepen) kreeg zowel professionele hulp als netwerksteun. Dit is een belangrijke bevinding in het licht van dit onderzoek.
In de EKC-groep staat netwerkregie centraal en ligt het primaat dus bij netwerksteun. In de WT-groep ligt het primaat bij professionele hulpverlening. Maar in werkelijkheid krijgen beide groepen vaak een combinatie van professionele hulp en netwerksteun. Hierbij dient overigens te worden opgemerkt dat de inschakeling van het eigen netwerk in de WT-groep vaak op eigen initiatief lijkt plaats te vinden. Het aantal respondenten waarbij door de WT-medewerker een beroep is gedaan op personen uit het eigen netwerk blijkt (zeer) beperkt: zie Figuur 4.2.

Dit beeld van gecombineerde netwerk- en professionele steun wordt bevestigd in de 2e meting. Van de EKC-groep krijgt 71% enige vorm van professionele hulp en van de WT-groep 82%. Daarnaast krijgt circa 67% van de EKC-groep en 58% van de WT-groep netwerksteun. Ongeveer de helft van de respondenten ontvangt zowel professionele hulp als netwerksteun.[12]
Een aannemelijke verklaring voor deze uitkomst is gelegen in de stapeling van problemen in beide groepen. De problemen zijn te talrijk en te verschillend om uitsluitend door de professional of uitsluitend door het netwerk te kunnen worden opgelost. Professional en netwerk lijken op elkaar te zijn aangewezen.
Opmerkelijk is in dit verband overigens dat de professionele hulp en het netwerk vaak los van elkaar opereren. Van echte samenwerking is slechts sprake in een minderheid van gevallen: volgens 25% van de respondenten in de EKC-groep en slechts 9% van de respondenten in de WT-groep is sprake van samenwerking tussen professional en netwerk. Verder geeft in de EKC-groep 5% en in de WT-groep 11% aan dat de zorgprofessional ‘op afstand toezicht houdt’.

Kijken we naar het aantal professionele hulpverleners dat respondenten bijstaat, dan is er een groot verschil tussen beide groepen. In de EKC-groep ligt het *gemiddeld aantal hulpverleners* significant lager dan in de WT-groep. Dit geldt voor beide metingen. Tijdens de 1e meting had de EKC-groep gemiddeld 1,47 hulpverlener en de WT-groep gemiddeld 2,53. Tijdens de 2e meting was dit respectievelijk 1,07 (EK-c) en 1,53 (WT). Deze gegevens laten zien dat niet alleen het aandeel respondenten dat professionele hulp krijgt verschilt, maar ook het feitelijk aantal hulpverleners dat hen bijstaat. In de WT-groep ligt dit aantal significant hoger dan in de EKC-groep, terwijl het aantal problemen in de WT-groep gemiddeld genomen kleiner is. Dit bevestigt het beeld dat het zwaartepunt in deze groep ligt bij professionele hulpverlening.

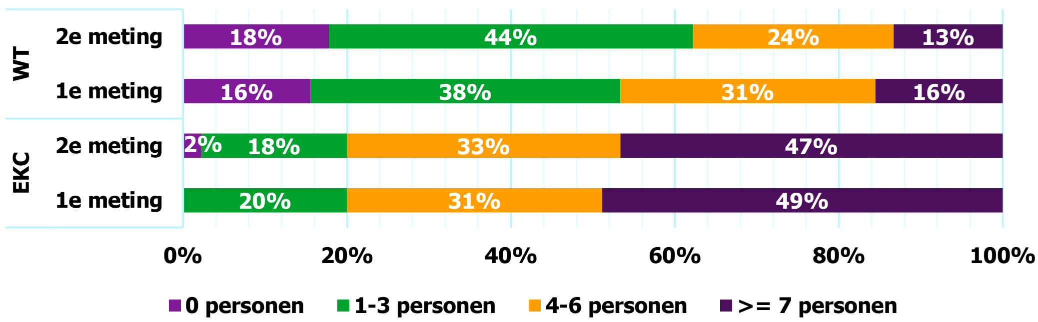
Duurzame netwerksteun

Uit voorgaande analyses is duidelijk geworden dat niet alleen in de EKC-groep, maar ook in de WT-groep vaak een beroep wordt gedaan op personen uit het eigen netwerk.
Kijken we naar de omvang van het eigen netwerk, dan blijkt er een groot verschil te zijn tussen de respondenten uit de EKC-groep en de WT-groep. De respondenten uit de EKC-groep verwachten een beroep te kunnen doen op minimaal 1 en maximaal 40 personen. Het eigen netwerk bestaat gemiddeld uit 8 personen, van wie bijna de helft hulp denkt te kunnen vragen aan 7 personen of meer (zie Figuur 3.9).

Het eigen netwerk van de WT-groep is over het algemeen kleiner dan dat van de EKC-groep. Dit geldt zowel voor de 1e als de 2e meting. Ten tijde van de 1e meting waren er gemiddeld 4,7 personen waarop respondenten uit de WT-groep een beroep dachten te kunnen doen. Tijdens de 2e meting waren dat er 3,4. Bij de meeste respondenten gaat het daarbij om 1 tot 3 personen (zie Figuur 3.9).

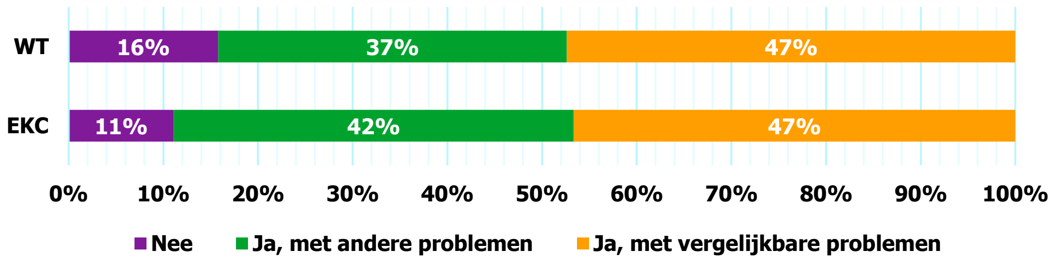
[12] In de EKC-groep ligt dit aandeel met 53% iets hoger dan in de WT-groep (47%).

Figuur 3.9 – Aantal personen waarop men een beroep denkt te kunnen doen (%)



Verreweg de meeste respondenten geven aan dat de personen uit het eigen netwerk, op wie men een beroep denkt te kunnen doen, in het verleden ook al eens hulp hebben geboden bij problemen. Dit geldt zowel voor de EKC-groep als de WT-groep (zie Figuur 3.10). Dit betekent dat het netwerk in de meeste gevallen een betrouwbare en ook een duurzame bron van hulp is.

*Figuur 3.10 – Hebben de personen uit het eigen netwerk in het verleden hulp geboden? (%)**



* Selectie respondenten die netwerksteun krijgen | 1e meting.

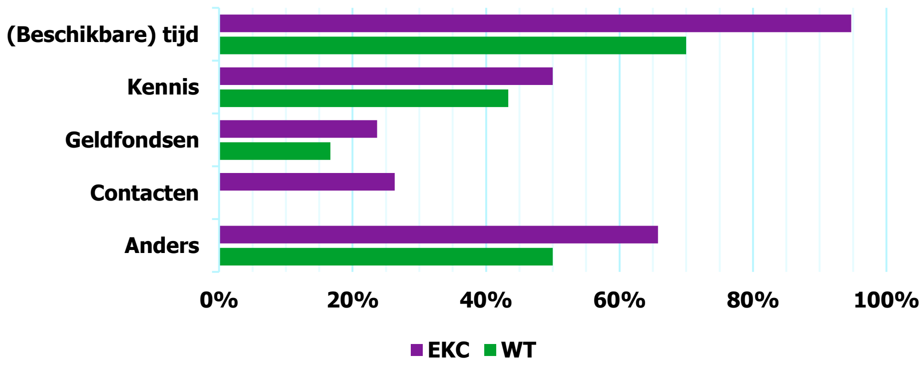
Het verschil in netwerksteun blijkt ook als we kijken naar het aantal mensen dat daadwerkelijk hulp verleent. Dit geldt zowel voor de 1e als de 2e meting. De respondenten in de EKC-groep krijgen steun van gemiddeld 3,2 personen uit het eigen netwerk.[13] In de WT-groep ligt dit aantal significant lager.[14] Het valt op dat de hulp uit eigen kring vooral in de WT-groep sterk is gedaald tussen de 1e en de 2e meting (van 2,2 naar 0,8). In de EKC-groep is de 'feitelijke' netwerksteun niet wezenlijk veranderd. Op grond hiervan kunnen we voorzichtig concluderen dat het netwerk van de EKC-groep niet alleen groter is, maar ook een meer duurzaam karakter heeft.
Het aantal personen dat respondenten bijstaat, neemt in de loop van de tijd weliswaar wat af, maar dit komt voor een deel doordat de problemen ook zijn afgenomen (zie Tabel A.7, Annex I). Daarnaast speelt soms ook mee dat het vertrouwen tussen de leden uit het netwerk en de respondent is afgenomen. Het al dan niet blijvende karakter van netwerksteun kan dus zowel 'negatieve' als 'positieve' oorzaken hebben. 'Blijvende steun' kan dan ook niet als doel op zich worden gezien.

[13] Tijdens de 1e meting was dit gemiddeld 3,3 en tijdens de 2e meting 3,0.
[14] Tijdens de 1e en 2e meting kregen de respondenten uit de WT-groep steun van respectievelijk 2,2 en 0,8 personen uit eigen kring.

Hulpbronnen en sociale achtergrond

De ondersteuning vanuit het eigen netwerk bestaat vooral uit tijd en kennis (zie Figuur 3.11). Dit geldt zowel voor de respondenten uit de EKC-groep als die uit de WT-groep. Daarnaast worden de respondenten die netwerksteun krijgen ook op tal van andere wijzen ondersteund. Het gaan dan vaak om het bieden van een luisterend oor, maar soms ook om huisvesting, maaltijden en 'levenservaring'.

*Figuur 3.11 – Hulpbronnen eigen omgeving? (%)**



* Selectie respondenten die netwerksteun krijgen | 1e meting.

Uit voorgaande analyses kwam naar voren dat respondenten vooral een beroep doen op de naaste familie, en in mindere mate op vrienden. De bredere kring van 'bekenden' wordt zelden betrokken bij het oplossen van de problemen. Het is derhalve ook niet verwonderlijk dat de personen die hulp bieden een zelfde sociaal-culturele achtergrond hebben. Dit geldt in het bijzonder voor de EKC-groep. Circa 76% hiervan geeft aan dat de personen uit het eigen netwerk een zelfde achtergrond hebben wat betreft taal en cultuur, en in 60% van de gevallen hebben zij hetzelfde geloof. In de WT-groep liggen deze percentages wat lager (zie Tabel A.5, Annex I).

Uitvoering zorgplan

Uit voorgaande analyses blijkt dat veel respondenten zowel professionele hulp als netwerksteun krijgen. De mengverhouding verschilt daarbij wel enigszins. In de EKC-groep wordt minder vaak een beroep gedaan op professionele hulpverleners dan in de WT-groep, en worden meer mensen uit de eigen kring ingeschakeld.

Opmerkelijk is in dit verband overigens wel dat het EK-c-plan dat tijdens de Eigen Kracht conferentie is opgesteld, ten tijde van de 1e meting niet altijd (meer) werd uitgevoerd. Tijdens de 2e meting gaf 64% van de respondenten aan dat het plan nog geheel of gedeeltelijk wordt uitgevoerd. Overigens moet hierbij worden opgemerkt dat het 'zorgplan' geen statisch gegeven is, maar een document dat al naar gelang het verloop van de problemen wordt aangepast.

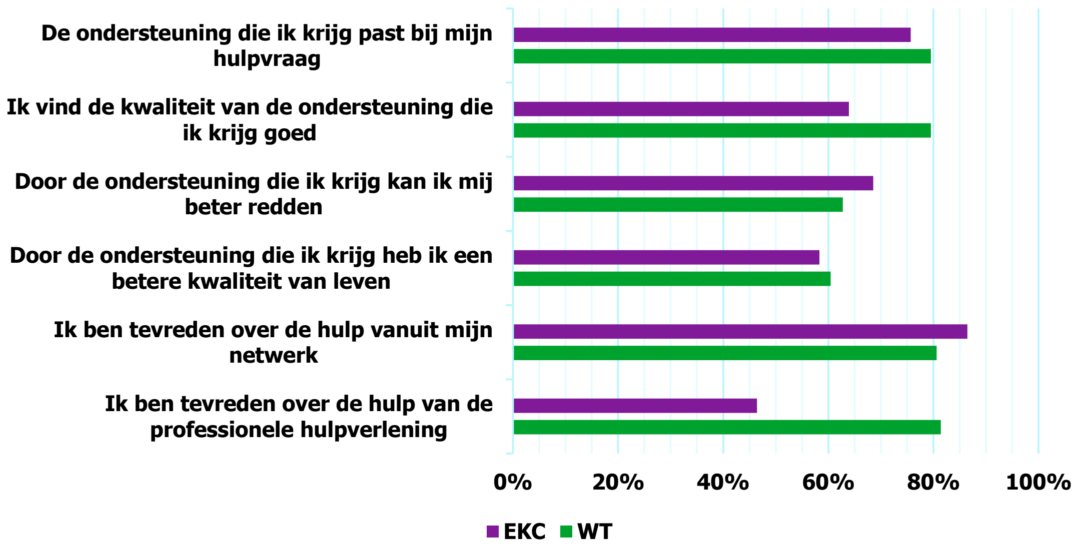
In de WT-groep worden de voorstellen die zijn gedaan naar aanleiding van het Keukentafelgesprek vaker uitgevoerd, zo blijkt uit de 1e meting (zie Tabel A.6). In veel gevallen gebeurt dat ook al geruime tijd.

3.3.4 Opinies over de hulpverlening

In deze paragraaf passeren de opinies van respondenten over de hulp die zij krijgen de revue. We baseren ons daarbij op gegevens uit de 1e meting. In deze meting is aan beide respondentgroepen een serie stellingen voorgelegd over de hulpverlening. Figuur 3.12 toont de uitkomsten hiervan. Uit de figuur blijkt dat de meeste respondenten positief oordelen over de hulp die zij krijgen. Bijna 80% geeft aan dat de ondersteuning die zij krijgen, past bij hun hulpvraag en bijna driekwart vindt de kwaliteit van ondersteuning goed. In de WT-groep ligt dit laatste wat hoger dan in de EKC-groep. Beide groepen geven echter aan dat zij zich door de ondersteuning beter kunnen redden en een betere kwaliteit van leven hebben.

Verder blijkt dat respondenten die steun krijgen uit eigen netwerk daar in de regel (zeer) tevreden over zijn. Dit geldt voor beide groepen (zie Figuur 3.12). De tevredenheid over de hulp van professionele hulpverleners loopt echter sterk uiteen. Van de respondenten uit de WT-groep is 81% hierover tevreden. In de EKC-groep ligt dit significant lager; slechts 46% van deze groep oordeelt positief over de professionele hulpverlening. Dit laatste sluit nauw aan bij de bevinding over de relatie met professionele hulpverleners in het verleden (zie paragraaf 3.3.1). Een mogelijke verklaring voor de grotere onvrede in de EKC-groep is dat hier vaker jeugdproblemen spelen, waarbij discussie is over gedwongen uithuisplaatsing.

Figuur 3.12 – Opinies over de hulpverlening naar respondentgroep (1e meting)



Uit factoranalyse blijkt dat bovenstaande stellingen één tot en met vier onderling sterk correleren en kunnen worden samengevoegd tot een meetschaal, die de aansluiting van de geboden hulp op de hulpvraag indiceert.[15] Deze meetschaal loopt van 1 (geen *fit*) tot 5 (goede *fit*) en heeft een gemiddelde van 3,7 dat als redelijk kan worden getypeerd. In de volgende paragraaf wordt deze schaal onderzocht als één van de mogelijke verklarende factoren voor vermindering van de problematiek.

Opinies over professionele hulp

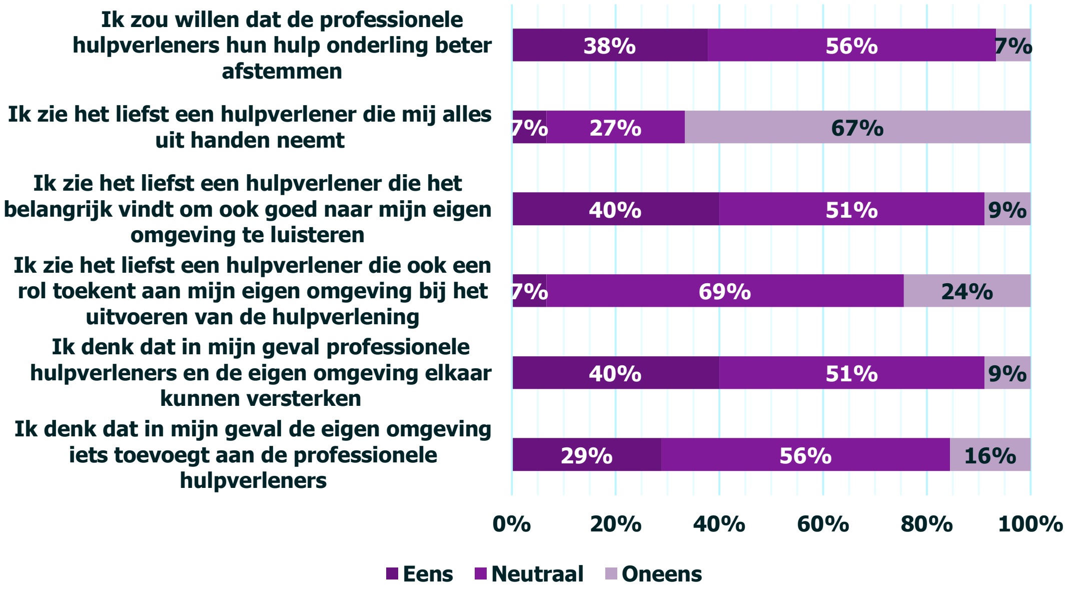
Naast stellingen over de ondersteuning, is aan respondenten in de WT-groep ook een aantal stellingen voorgelegd over de professionele hulpverlening en de combinatie van professionele hulp en netwerksteun. Het beeld dat hieruit naar voren komt, is diffuus (zie Figuur 3.13). Circa 40% van de respondenten zou willen dat de professionele hulpverleners hun hulp

[15] De categorie 'n.v.t' (6) is in deze analyses als 'neutraal' (3) gecodeerd. Dit kan enige vertekening met zich meebrengen. Het effect op de (gemiddelde) itemscores, en daarmee de schaalscore, is echter beperkt. De meetschaal heeft een *cronbach's alpha* van 0,861.

onderling beter afstemmen. De rest heeft daarover geen uitgesproken mening, of is het oneens met de stelling. Verder blijkt dat de meeste respondenten zelf een bijdrage willen leveren aan het oplossen van hun problemen. Slechts een enkeling (7%) ziet het liefst een hulpverlener die hen alles uit handen neemt.

Interessant is verder om te zien hoe er wordt aangekeken tegen de inzet van het eigen netwerk. Circa 40% van de respondenten in de WT-groep vindt het belangrijk dat de hulpverlener goed naar de omgeving luistert, en is van mening dat professionele hulpverleners en mensen uit de eigen omgeving elkaar kunnen versterken. Toch is er maar een kleine groep respondenten (7%) die bij voorkeur een hulpverlener ziet die een rol toekent aan mensen uit het eigen netwerk bij de uitvoering van de hulpverlening. Verreweg de meeste respondenten staan hier neutraal tegenover (zie Figuur 3.13). Over de toegevoegde waarde van netwerksteun lopen de meningen ook uiteen. Ongeveer 29% van de respondenten denkt dat de eigen omgeving in hun geval iets toevoegt aan de professionele hulpverlening. De rest denkt van niet (16%) of heeft geen uitgesproken mening over de toegevoegde waarde van netwerksteun.

Figuur 3.13 – Opinies over professionele hulp (WT-groep)



Naast stellingen over de hulpverlening, is in de 1e meting ook een aantal stellingen opgenomen over de mate van *zelfregie* van respondenten.[16] Hieruit komt een vrij somber beeld naar voren (zie

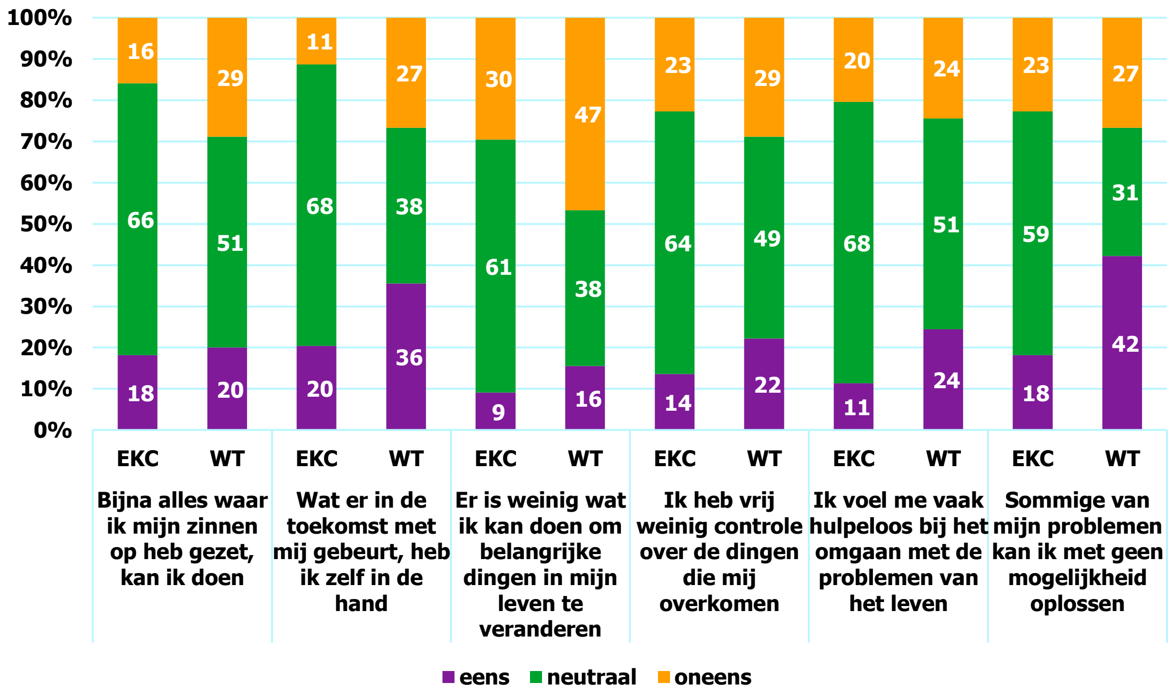
Figuur 3.14). Slechts één op de vijf respondenten geeft aan (bijna) alles te kunnen doen waar zij hun zinnen op hebben gezet. Circa 28% is van mening dat ze zelf in de hand hebben wat er in de toekomst met hen gebeurt.[17] Daarnaast geeft ongeveer een vijfde van de respondenten uit de EKC-groep en twee vijfde van de respondenten uit de WT-groep aan sommige problemen met geen mogelijkheid te kunnen oplossen. Het aandeel respondenten dat naar eigen zeggen weinig controle heeft over de dingen die hen overkomt, is echter beperkt. Dit geldt ook voor het aandeel respondenten dat zegt weinig te kunnen doen om

[16] Men zou ook kunnen spreken van 'mentale veerkracht'; gelijkstelling aan de Movisie omschrijving van zelfregie is niet beoogd.
[17] In de WT-groep (36%) ligt dit aandeel hoger dan in de EKC-groep (20%).

belangrijke dingen in het leven te kunnen veranderen. Toch kan dit niet direct als teken van zelfregie worden opgevat. Het aandeel respondenten dat het oneens is met genoemde stellingen is namelijk ook beperkt (zie

Figuur 3.14). Voor de meeste stellingen geldt dat de middengroep het grootst is, met name bij de EKC-groep.[18] Aangezien de meeste respondenten al lange tijd te maken hebben met problemen die moeilijk op te lossen zijn, is het beeld dat hier geschetst wordt echter niet verwonderlijk.

Figuur 3.14 – Stellingen over zelfregie (%)



Uit *factor- & reliability* analyses blijkt dat vier van de zes stellingen kunnen worden samengevoegd tot één meetschaal die de mate van zelfregie meet.[19] Deze schaal loopt van 1 (geen zelfregie) tot 5 (hoge mate van zelfregie) en heeft een gemiddelde van 3,0, wat als matig kan worden getypeerd. In de volgende paragraaf zal worden belicht in hoeverre de zelfregie van invloed is op de vermindering van problemen.

3.4 Effectieve netwerksteun?

In deze paragraaf gaan we na in hoeverre netwerksteun bijdraagt aan het oplossen van problemen en leidt tot verhoogde zelfredzaamheid. We concentreren ons hierbij op 6 indicatoren:

1. de door respondenten gepercipieerde verbetering ter zake problemen;
2. het aantal problemen;
3. de ernst van de problemen;
4. de hulp die respondenten krijgen tijdens de 2e meting;
5. het aantal professionele hulpverleners dat cliënten bijstaat; en

[18] Dit laatste komt o.m. doordat in deze groep een aantal planbewakers zijn geïnterviewd, die bij deze stellingen niet namens de hoofdpersoon-zorgvrager konden of wilden oordelen.
[19] Dit betreft de stellingen 1, 2, 5 en 6, waarbij de laatste twee zijn omgecodeerd.

6. de subjectieve zelfredzaamheid.

3.4.1 Vermindering van problemen?

In paragraaf 3.2 hebben we gezien dat veel respondenten te maken hebben met een complexe multiproblematiek, en dat de problemen vaak ook al langere tijd speelden voordat hulp werd ingeroepen via de EKC of het WT. Het verbaast dan ook niet dat de problemen bij slechts een klein deel van de respondenten zijn opgelost, ten tijde van de 2e meting (zie

Tabel 3.2). Wel geeft een belangrijk deel van de respondenten aan dat er sprake is van een duidelijke verbetering. Dit geldt in het bijzonder voor de EKC-groep. Circa 58% van deze groep geeft aan dat er sprake is van een duidelijke verbetering sinds de Eigen Kracht conferentie plaatsvond. Onder de WT-groep ligt dit aandeel met 38% wat lager, maar is er wel een aanzienlijke groep die enige verbetering signaleert (31%).

*Tabel 3.2 – In hoeverre vindt u dat er verbeteringen zijn t.a.v. uw problemen (%)**

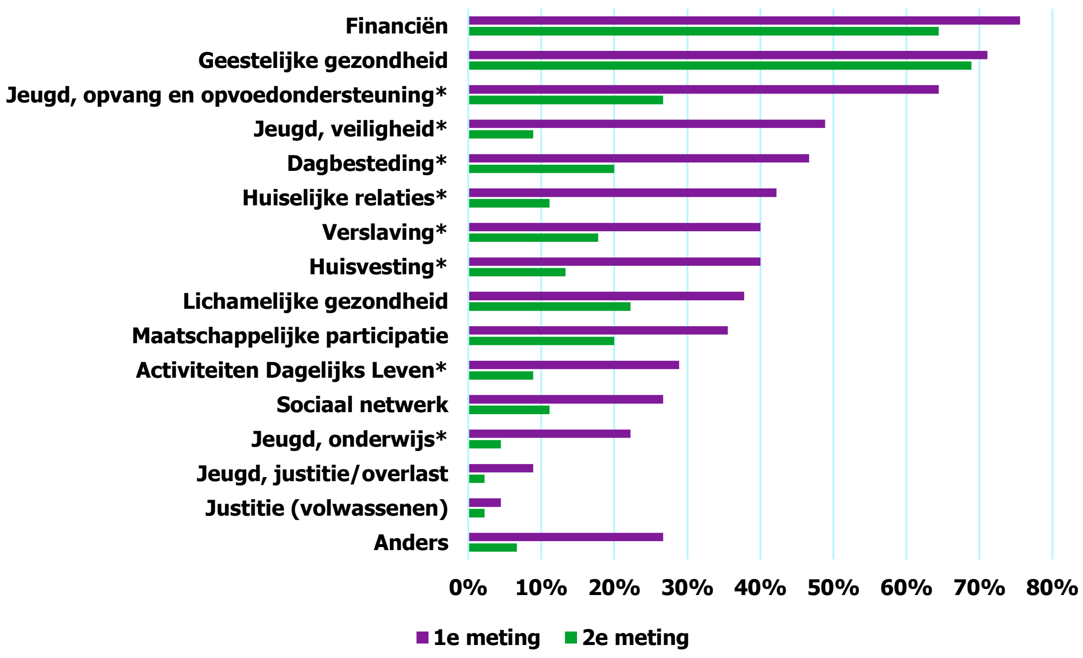
	EKC	**WT**	**Totaal**
Er zijn problemen bijgekomen	2%	7%	4%
Oorspronkelijke problemen zijn erger geworden	4%	2%	3%
(Nog) geen verbetering	16%	16%	16%
Enigszins een verbetering	11%	31%	21%
Duidelijke verbetering	58%	38%	48%
De problemen zijn opgelost	9%	7%	8%
Totaal (n)	45	45	90

* Respondenten 2e meting.

Deze verbetering komt ook naar voren als we kijken naar de ontwikkeling in het aantal probleemgebieden.

Figuur 3.15 toont de ontwikkeling van het aantal problemen bij de EKC-groep. Uit de figuur blijkt dat een ruime meerderheid van de respondenten te maken heeft met financiële problemen en problemen op het terrein van de geestelijke gezondheid. Opmerkelijk is dat bij deze problemen *geen* significante verbetering is opgetreden, terwijl daar op andere terreinen wel sprake van is (zie met * gemarkeerde gebieden). Tussen de 1e en 2e meting zien we vooral een vermindering van de jeugdproblematiek, en de problemen op het vlak van: dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties en verslaving. Het gemiddeld aantal problemen is als gevolg van deze ontwikkelingen, gedaald van 6,2 naar 3,1.

Figuur 3.15 – Ontwikkeling probleemgebieden (EKC-groep)

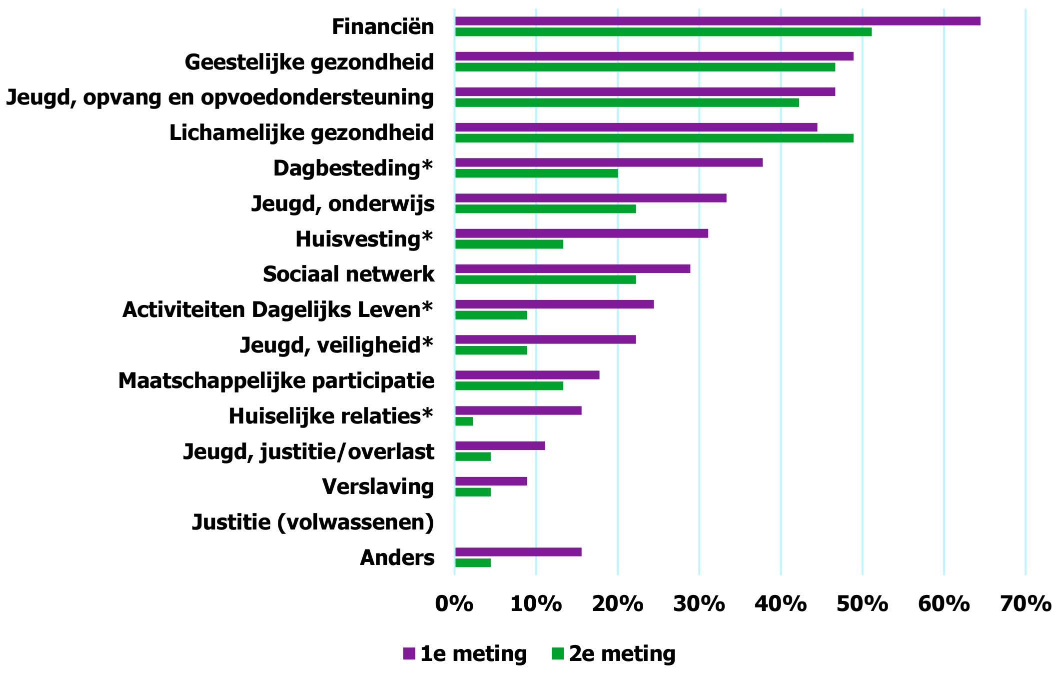


* Daling is statistisch significant.

Bij de WT-groep is het gemiddeld aantal problemen tussen de 1e en 2e meting gedaald van 4,5 naar 3,1.

Figuur 3.16 laat zien dat ook bij deze groep vooral verbetering is opgetreden op het terrein van: dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties en verslaving. Ook in deze groep is het aandeel respondenten dat te maken heeft met financiële problemen en/of problemen op het vlak van de geestelijke of lichamelijke gezondheid niet significant gedaald.

Figuur 3.16 – Ontwikkeling probleemgebieden (WT-groep)



* Daling is statistisch significant.

Naast een vermindering van het aantal problemen, is ook de *ernst* van de problematiek afgenomen. In de enquête is de ernst van de problemen gemeten op een schaal van 1 (matig tot licht) tot 3 (zeer ernstig). Tabel A.3 toont de gemiddelden per probleemgebied. Daarnaast is een totaalscore berekend. Deze laat voor beide groepen een gunstige ontwikkeling zien. Bij de EKC-groep is de *gemiddelde ernst-probleemscore* gedaald van 1,96 naar 1,35 en bij de WT-groep van 1,86 naar 1,37. Het gaat hierbij in beide gevallen om een significant verschil.

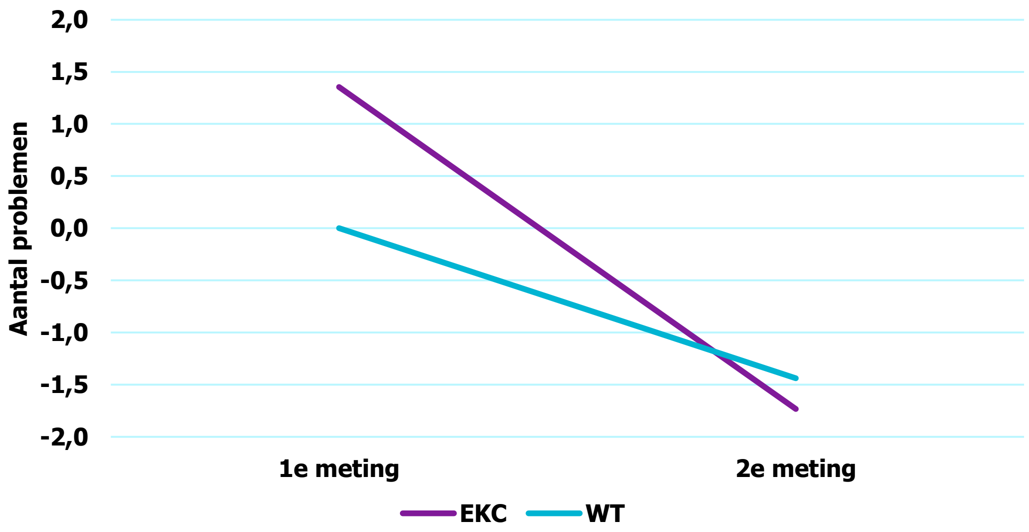
Verklarende analyses

De uiteindelijke vraag is natuurlijk in hoeverre het inzetten op *netwerksteun* voor cliënten bijdraagt aan het oplossen van problemen. Om deze vraag te beantwoorden, is een aantal multivariate analyses uitgevoerd. Hierbij is gekeken naar het verschil in problemen tussen beide respondentgroepen en meetmomenten, en meer in het bijzonder naar het verschil tussen de EKC-groep en de WT-groep in de ontwikkeling tussen beide metingen. In de literatuur wordt in dit geval ook wel gesproken over een *difference-in-difference* analyse. Het primaire doel van deze analyse is om na te gaan of de EKC-aanpak – met de daaraan inherente inzet op netwerksteun – een gunstig effect heeft op de ontwikkeling van het aantal problemen en de ernst van de problemen, rekening houdend met achtergrondkenmerken. Een complicerende factor bij deze analyse is dat veel respondenten zowel professionele hulp als netwerksteun krijgen. Een zuiver vergelijk tussen de EKC-groep en de WT-groep is daardoor lastig, zeker ook gezien het beperkte aantal respondenten in beide groepen. We hebben daarom besloten om twee typen regressieanalyses uit te voeren: één waarbij wordt ingezoomd op het verschil tussen de EKC-groep en WT-groep en één waarbij wordt gekeken naar het effect van professionele hulp en netwerksteun, onafhankelijk van de aanpak (EKC dan wel WT).

De uitkomsten van de regressieanalyses zijn opgenomen in de bijlage (Annex I: Tabel A.10). Daarbij hebben drie variabelen onze bijzondere aandacht: de *groep* (EKC vs. WT), de *meting* (2e meting vs 1e meting) en de *interactie* tussen beide (EKC * 2e meting). Met name deze laatste variabele is interessant, omdat deze aangeeft of de ontwikkeling van het aantal problemen in de EKC-groep afwijkt van die in de WT-groep. Om de effecten zo zuiver mogelijk in beeld te krijgen, is in de *difference-in-difference* analyses overigens gecorrigeerd voor samenstellingsverschillen. Daarbij is zowel gekeken naar persoonskenmerken als netwerkkenmerken.

Op basis van de regressieanalyses kan worden geconcludeerd dat de EKC-aanpak een gunstig effect heeft op de *ontwikkeling* van het aantal problemen tussen de 1e en de 2e meting (zie Tabel A.10, Annex I). De respondenten uit de EKC-groep hebben initieel wel meer problemen dan die uit de WT-groep, maar dit aantal neemt tussen de 1e en 2e meting sterker af. Het interactie-effect tussen EK-c en 2de meting is negatief (B= -1,648). Dit duidt op een significant *sterkere* afname van het aantal problemen in de EKC-groep dan in de WT-groep. Figuur 3.17 illustreert dit. In deze figuur zijn de geschatte effecten van groep en meting weergegeven (los van andere factoren). Hieruit blijkt duidelijk dat de ontwikkeling van het aantal problemen in de EKC-groep een gunstiger verloop heeft dan die in de WT-groep. Dit is een eerste aanwijzing dat de EKC-aanpak werkt.

*Figuur 3.17 – Geschatte effecten van groep en meting op het aantal problemen**



* De y-as toont het geschatte aantal problemen, los van de intercept en andere factoren. Figuur 3.17 laat zien dat respondenten in de EKC-groep initieel meer problemen hebben dan degenen in de WT-groep, maar tijdens de 2e meting minder.

Uit Tabel A.10 in Annex I blijkt verder dat *persoonskenmerken* géén effect hebben op het aantal problemen waarmee respondenten te maken hebben, en hetzelfde geldt voor de inkomenssituatie. De *fit* tussen de geboden hulp en de hulpvraag heeft daarentegen wel een gunstig effect op het aantal problemen. Daarbij geldt: hoe beter de *fit*, des te minder problemen. Dit laatste is op zich natuurlijk niet verwonderlijk. Het onderstreept eigenlijk vooral dat *maatwerk* positief uitwerkt op de ontwikkeling van het aantal problemen. Verder blijkt dat respondenten die eerder professionele hulp kregen, gemiddeld genomen meer problemen hebben dan degenen die dat niet kregen.

Kijken we naar de *ernst* van de problemen, dan zien we *geen* significante verschillen tussen de EKC-groep en de WT-groep (zie Tabel A.10, Annex I). Het hoofdeffect van de groep is niet significant, en hetzelfde geldt voor het interactie-effect. Dit betekent dat er géén verschil is in ontwikkeling tussen de EKC-groep en de WT-groep. De gemiddelde *ernst-probleemscore* is bij beide groepen gedaald (tussen de 1e en 2e meting), maar de mate waarin dit is gebeurd, verschilt niet. Dit betekent dat de EKC-aanpak even goed werkt als de WT-aanpak bij de 'verlichting' van problemen.
Persoonskenmerken spelen ook hier geen rol van betekenis, maar de ervaren *fit* wel (zie Tabel A.10, Annex I). Daarbij geldt dat een *goede aansluiting* tussen hulp en hulpvraag samengaat met een lagere *ernst-probleemscore*, en dus (iets) minder ernstige problemen. Onduidelijk is hierbij of het gaat om een causaal effect. Omdat de vragen over de *fit* alleen tijdens de 1^{e} meting zijn gesteld en de respondenten niet random aan beide groepen zijn toegewezen, kunnen we hierover niets met zekerheid concluderen. Dit laat overigens onverlet dat het gunstige effect van een goede *fit* ook uit ander onderzoek wel naar voren komt (King e.a., 2005).

Effectieve netwerksteun?

Uit voorgaande analyses blijkt dat de EKC-aanpak een gunstig effect heeft op de ontwikkeling van het aantal problemen. Onduidelijk is echter of dat komt door de inzet van het eigen netwerk en/of de inzet van professionele hulpverleners, dan wel achterliggende verschillen in de wijze van besluitvorming (aanpak). Om hier meer duidelijkheid over te krijgen, is ook een aantal additionele analyses uitgevoerd, waarbij is gekeken naar het effect van professionele hulp en netwerksteun (los van EK-c of WT) en eventuele verschillen tussen de 1^{e} en 2^{e} meting. Tabel A.11 in Annex I toont de resultaten hiervan.

Uit de tabel blijkt dat respondenten tijdens de 2^{e} meting significant *minder* problemen hebben dan tijdens de 1^{e}, en dat ook de *ernst van de problemen* significant is gedaald[20]. Dit staat echter los van het type ondersteuning dat respondenten hebben gekregen. Respondenten die professionele hulp hebben gekregen, hadden initieel meer problemen dan degenen die dat niet kregen. Maar er is geen verschil in ontwikkeling tussen degenen die professionele hulp respectievelijk netwerksteun hebben gekregen. Het *interactie-effect* voor netwerksteun en 2^{e} meting is weliswaar negatief, wat duidt op een gunstige ontwikkeling, maar dit effect is niet significant. Voor wat betreft de ernst van de problemen, is het beeld soortgelijk. Ook hier zien we geen effect van netwerksteun en/of professionele hulp op de ontwikkeling van de problematiek. Dit betekent dat de vermindering van problemen niet duidelijk toegewezen kan worden aan de inzet van het eigen netwerk of de inzet van professionele hulpverleners, en ook niet aan de combinatie van beide.[21] Beide vormen van hulp en ondersteuning gaan samen met een vermindering van problemen en hebben een soortgelijk resultaat.

Persoonskenmerken hebben ook in deze analyses geen significant effect op de uitkomsten, maar de fit tussen hulp en hulpvraag heeft dat wel. Naarmate de fit beter is, neemt het aantal problemen en de ernst van de problemen af. Daarnaast blijkt dat respondenten die in het verleden al eens professionele hulp kregen, significant meer problemen hebben dan degenen die dat niet kregen. Dit laatste bevestigt dat de problemen vaak hardnekkig zijn en een lange voorgeschiedenis hebben.

Netwerksteun bij specifieke problemen

Aan het begin van deze paragraaf hebben we gezien dat sommige problemen erg hardnekkig zijn en hoegenaamd geen verbetering te zien geven. Dit geldt onder meer voor financiële

[20] De regressiecoëfficiënten zijn respectievelijk: -2,187 en -0,650.
[21] In een aparte analyse is gekeken naar het effect van een gecombineerde aanpak. Ook dit blijkt echter niet significant.

problemen en problemen op het terrein van geestelijke gezondheid. Op andere terreinen is er wel verbetering opgetreden. Zo zien we dat het aandeel respondenten met jeugdproblemen is gedaald, en er bij de 2e meting ook minder problemen zijn op het vlak van: huisvesting, huiselijke relaties, verslaving en dagbesteding. Met behulp van regressieanalyses is onderzocht in hoeverre deze verbetering samenhangt met de inzet van EK-c. Daarbij is voor ieder probleemgebied een logistische regressieanalyse uitgevoerd. In deze analyses is opnieuw ingezoomd op drie factoren; de *groep* (EK-c vs WT), de *meting* (2e meting vs 1e meting) en de *interactie* tussen beide (EK-c*meting-2). Tabel 3.3 geeft een samenvattend overzicht van de regressieresultaten. Daarbij zijn voor ieder probleemgebied de regressie-coëfficiënten weergegeven. Een positieve waarde verwijst daarbij naar een grotere kans op problemen, en een negatieve naar een kleinere kans. De interactie-effecten geven aan of de ontwikkeling in het aandeel respondenten met problemen verschilt tussen de EKC-groep en de WT-groep. De hoofdeffecten van *groep* en *meting* zijn opgenomen in de eerste twee kolommen van Tabel 3.3. De kolom 'EKC-groep' toont daarbij het verschil tussen de EKC-groep en de WT-groep; en de kolom '2de meting' het verschil tussen de 1e en 2e meting.

In de analyses is overigens, net als hiervoor, gecorrigeerd voor samenstellingsverschillen. De regressiecoëfficiënten tonen derhalve 'zuivere' EK-c effecten.
Uit de tabel blijk dat de inzet van EK-c bij *jeugdproblemen* tot een significant sterkere daling leidt dan de WT-aanpak. Dat geldt zowel voor de problemen op het vlak van *jeugd, opvang en opvoedondersteuning*, als die op het terrein van *jeugd en veiligheid*. De interactie-effecten zijn in beide gevallen significant. De EKC-aanpak lijkt bij deze problemen een beduidend sterker effect te sorteren dan de WT-aanpak.

Bij de andere problemen zien we geen significante *interactie-effecten* tussen EK-c en de 2e meting. Dit betekent dat er geen verschil is tussen de EKC-groep en de WT-groep in de ontwikkeling van het aandeel respondenten met deze problemen. Het aandeel respondenten dat problemen heeft op het terrein van huisvesting en/of huiselijke relaties is tussen beide metingen wel significant gedaald, maar dit geldt voor beide groepen in gelijke mate. Hetzelfde geldt voor de problemen op het terrein van *dagbesteding* en *activiteiten dagelijks leven*. De EKC-aanpak werkt hier dus (min of meer) even goed als de WT-aanpak.

Kijken we naar de verslavingsproblemen, dan zien we ook geen verschil in ontwikkeling tussen de EKC-groep en de WT-groep. In de EKC-groep spelen deze problemen wel significant vaker dan in de WT-groep, maar we zien hier geen duidelijke verbetering tussen de 1e en 2e meting. Dit is opmerkelijk omdat uit bivariate analyse wel een significant verschil naar voren kwam voor de EKC-groep. Een mogelijke verklaring voor het wegvallen van dit effect in de regressieanalyse betreft de geringe celvulling. Daarnaast speelt vermoedelijk mee dat verslavingsproblemen in de WT-groep weinig voorkomen.

Tabel 3.3 – Resultaten logistische regressie voor probleemgebieden (regressie-coëfficiënten)

	EKC-groep			2e meting			Interactie-effect		
	B		s.e.	B		s.e.	B		s.e.
Jeugdopvang en opvoedondersteuning	0,354		0,607	-0,200		0,495	-2,090	***	0,747
Jeugdveiligheid	2,024	***	0,720	-1,342	*	0,704	-1,711	*	0,989
Huisvesting	-0,147		0,659	-1,701	**	0,668	-0,314		0,906
Huiselijke relaties	2,857	***	0,879	-3,310	**	1,527	0,482		1,649
Verslaving	2,735	***	1,007	1,246		1,025	-0,808		1,207
Activiteiten dagelijks leven	-0,105		0,738	-1,653	**	0,770	-0,242		1,058
Dagbesteding	0,387		0,640	-1,062	*	0,564	-0,556		0,790

Significantie: * p < 0,1; ** p < 0,05; *** p < 0,01 (overige coëfficiënten zijn niet significant).

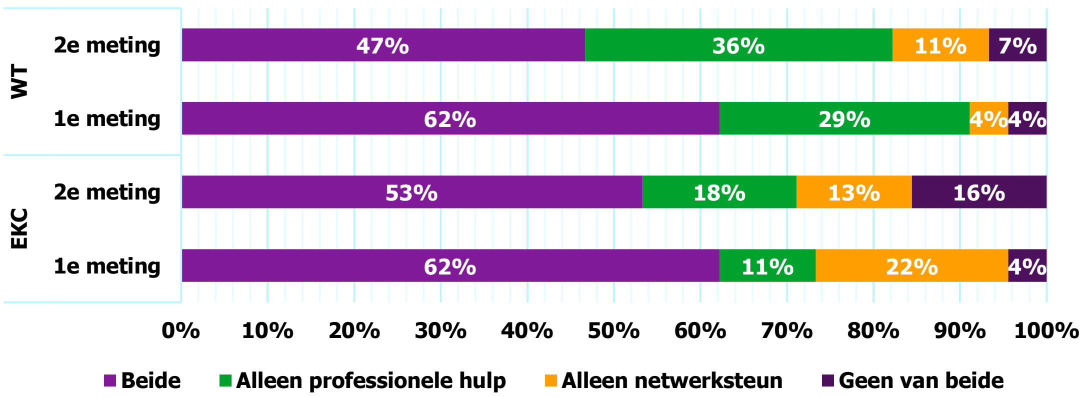
Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de EKC-aanpak vooral bij jeugdproblematiek effectief blijkt en bij de aanpak van de andere problemen ongeveer even goed werkt als de WT-aanpak. Dit geldt in elk geval voor problemen op het terrein van: huisvesting, huiselijke relaties, dagbesteding en activiteiten dagelijks leven. Bij verslaving is het effect onduidelijk.

3.4.2 Verhoogde zelfredzaamheid?

Zelfredzaamheid is in dit onderzoek op twee manieren geoperationaliseerd. Allereerst is gekeken of respondenten professionele hulp krijgen en/of netwerksteun, en hoeveel professionele hulpverleners de cliënt bijstaan. In aanvulling op deze *objectieve* gegevens is een subjectieve uitkomstmaat gebruikt voor de zelfredzaamheid. Deze subjectieve zelfredzaamheid is gemeten met behulp van stellingen.

In paragraaf 3.3 hebben we gezien dat een groot deel van de respondenten zowel professionele hulp krijgt als netwerksteun. Tijdens de 1e meting gold dit voor circa 62% van de respondenten, en tijdens de 2e meting voor bijna de helft (zie Figuur 3.18). De verschillen tussen beide groepen zijn daarbij opvallend klein.

Figuur 3.18 – Professionele hulp en netwerksteun (%).



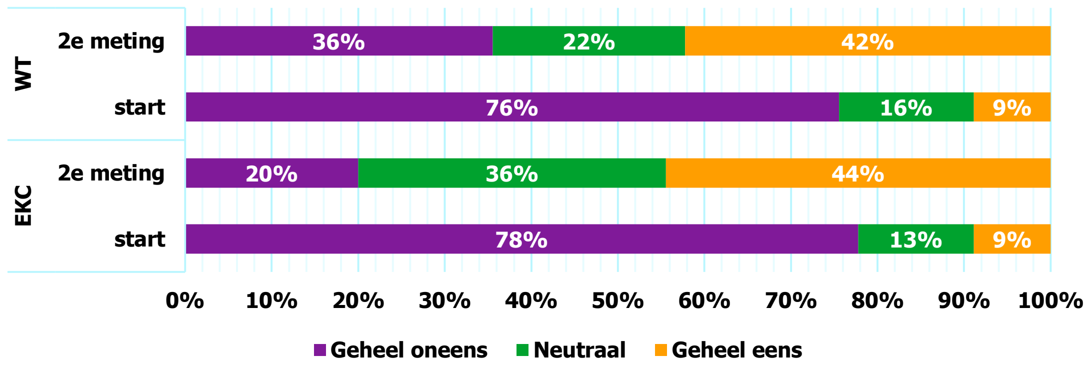
Kijken we naar het *aandeel* respondenten dat professionele hulp krijgt, dan zien we vooral bij de WT-groep een duidelijke afname (van 91% naar 82%). Bij de EKC-groep is het aandeel respondenten dat professionele hulp krijgt niet noemenswaardig gewijzigd (zie Figuur 3.18).[22] Het *gemiddeld aantal hulpverleners* dat respondenten bijstaat, is echter wel gedaald.

[22] Het gaat dan steeds om – opgeteld – de percentages voor gecombineerde professionele hulp en netwerksteun, en uitsluitend professionele hulp (de paarse en de groene segmenten). Over de ontwikkelingen ten aanzien van het *aandeel* respondenten dat netwerksteun ontvangt (al dan niet in combinatie met professionele

Bij de EKC-groep nam het aantal hulpverleners af van 1,47 naar 1,07 en bij de WT-groep van 2,53 naar 1,53. Gezien de daling van het aantal problemen waarmee respondenten te maken hebben, is deze vermindering niet verwonderlijk. De terugval in professionele hulp bevestigt eigenlijk vooral dat er sprake is van verbetering. De problemen zijn bij de meeste respondenten niet helemaal opgelost, maar wel dusdanig afgenomen dat er ook minder hulpverleners nodig zijn. Respondenten zijn daardoor meer zelfredzaam geworden. Het subjectieve oordeel over de eigen zelfredzaamheid bevestigt dit beeld (zie Figuur 3.19).

Bij de start van het traject was circa driekwart van de respondenten (naar eigen zeggen) *niet* zelfredzaam. Ten tijde van de 2^{e} meting is nog 20% van de EKC-groep dat en nog 36% van de WT-groep. Het aandeel respondenten dat naar eigen zeggen zelfredzaam is, is in dezelfde periode gestegen van 9% naar circa 40%.[23]

*Figuur 3.19 – Subjectieve zelfredzaamheid: Ik ben op dit moment zelfredzaam (%)**



* Vergelijking tussen start van traject (1^{e} EK-c aanmelding bij WT) en 2^{e} meting.

Vergelijken we de 1^{e} en de 2^{e} meting met elkaar, dan zijn er opmerkelijk genoeg geen noemenswaardige verschillen in zelfredzaamheid (zie Tabel A.9). Dit geldt voor beide respondentgroepen. Onduidelijk is hoe dit precies geïnterpreteerd moeten worden. Een mogelijke verklaring is dat de toename in de ervaren zelfredzaamheid al plaats heeft gevonden vóór de 1^{e} meting; dat wil zeggen tussen de eerste EK-c of aanmelding bij het WT en de 1^{e} meting. Nadien is het aantal problemen wel significant gedaald, maar de subjectieve zelfredzaamheid niet wezenlijk toegenomen. Aangezien de EK-c's en Keukentafelgesprekken vaak al meer dan een half jaar voor de 1^{e} meting plaatsvonden, is het logisch dat verbetering ook al voor de 1^{e} meting plaatsvond.

Verklarende analyses

Uit voorgaande analyses blijkt dat het beroep op professionele hulp duidelijk is afgenomen tussen de 1^{e} en de 2^{e} meting, en dat respondenten meer zelfredzaam zijn geworden. Regressieanalyses ondersteunen dit beeld, en laten zien dat het beroep op professionele hulp mede afhankelijk is van het aantal problemen (zie Tabel A.12, Annex I).

Het aantal hulpverleners dat respondenten bijstaat, ligt tijdens de 2^{e} meting significant lager dan tijdens de 1^{e} meting. Maar in de EKC-groep is dit verschil kleiner dan in de WT-groep[24].

---

hulp) verwijzen we naar par. 3.3.3. Dit aandeel (de oranje en donkerpaarse segmenten) is voor de EK-c groep sterker gedaald dan voor de WT-groep maar dat valt deels te verklaren doordat de problemen in die groep beduidend zijn afgenomen; zie verder p. 53.

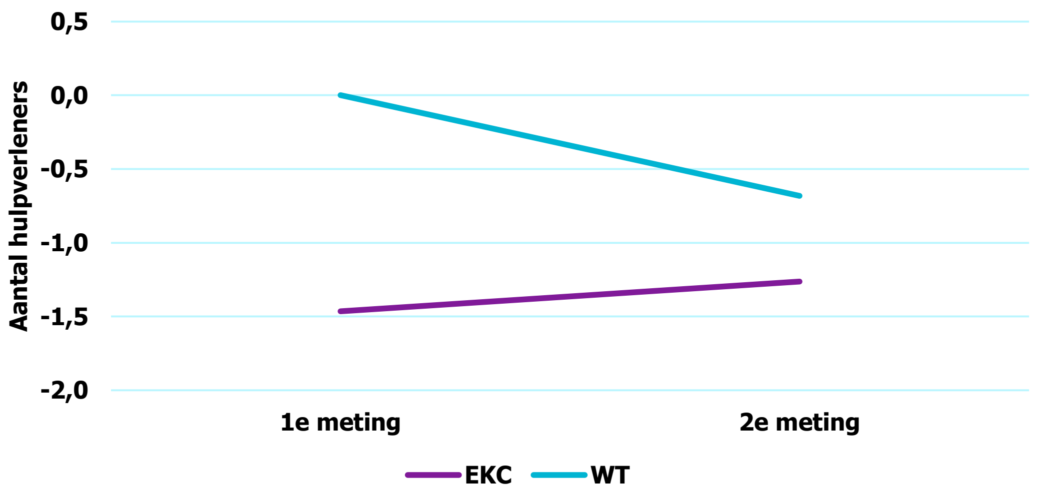
[23] Tijdens de 2^{e} meting geeft respectievelijk 44% van de EKC-groep en 42% van de WT-groep aan zelfredzaam te zijn.

[24] Het interactie-effect tussen EKC en de 2^{e} meting is positief. Dit wijst op een minder sterke daling van

Initieel is er een significant verschil tussen beide groepen en worden er in de EKC-groep minder professionele hulpverleners ingezet dan in de WT-groep (β=-.521). Dit verschil wordt echter gedeeltelijk ingelopen door de WT-groep. Figuur 3.20 illustreert dit. In de figuur zijn de geschatte effecten van groep en meting weergegeven, los van andere factoren. Hieruit blijkt dat de inzet van professionele hulpverleners in de WT-groep een gunstiger verloop heeft dan in de EKC-groep, al ligt het aantal professionele hulpverleners in de laatste groep op beide meetmomenten wel duidelijk lager dan in de eerste (WT).

Een mogelijke verklaring voor het verschil in ontwikkeling is dat professionele hulpverleners slechts een beperkte periode (kunnen) worden ingezet. De tijdsduur van interventies vanuit de WTs is in Rotterdam gemaximeerd op maximaal een half jaar in WMO-zaken en 1 à 1,5 jaar voor Jeugdzaken. Dit laatste is een uitvloeisel van de Rotterdamse gemeentelijke servicenormen. De sterke afname van het aantal professionele hulpverleners in de WT-groep lijkt dan ook een gevolg van deze maximering. Of daarmee dan ook de problemen zijn opgelost is niet gezegd; zie hiervoor de kwalitatieve analyse van de open vragen, hierna in paragraaf 3.5.
Bij de interpretatie van deze gegevens moet overigens worden bedacht dat in de analyse is gecorrigeerd voor samenstellingseffecten en verschillen in problematiek. Het gaat in die zin dus om een 'zuiver' EK-c-effect.

*Figuur 3.20 – Geschatte effecten van groep en meting op aantal professionele hulpverleners**



* De y-as toont het geschatte aantal hulpverleners, los van de intercept en andere factoren.

Uit de analyses blijkt verder dat persoonskenmerken slechts een beperkt effect hebben op de inzet van professionele hulpverleners. Belangrijker is het aantal problemen en de ondersteuning van professionals in het verleden (zie Annex I, Tabel A.12). Daarbij geldt dat het beroep op professionele hulpverleners stijgt, naarmate respondenten meer problemen hebben en/of eerder al eens professionele hulp hebben gekregen.

Uit analyse van de *subjectieve zelfredzaamheid* blijkt dat er geen significante verschillen zijn tussen de EKC-groep en de WT-groep, ook niet in ontwikkeling (zie Tabel A.13). Tussen de start van het traject en de 2^{e} meting is de zelfredzaamheid wel significant gestegen, maar dat geldt voor beide groepen. Dit betekent dat de EKC-aanpak even goed werkt als de WT-

het aantal hulpverleners dan in de WT-groep.

aanpak, bij het stimuleren van zelfredzaamheid. Persoonskenmerken spelen hierbij opnieuw geen rol van betekenis, maar wel is er een duidelijk verband tussen de problemen van respondenten en de ervaren zelfredzaamheid. De regressieanalyse toont daarbij zowel een effect van het *aantal problemen* als van de *ernst van de problemen*. Daarbij geldt dat naar mate respondenten meer problemen hebben en ook ernstiger problemen, zij de eigen zelfredzaamheid lager inschatten.

3.5 Indicaties verkregen via de open vragen

De tot nu besproken resultaten betreffen overwegend kwantitatieve beschrijvingen en analyses gebaseerd op voor-geformuleerde antwoordopties die de respondenten hebben gekozen in de vragenlijsten. Zowel de lijsten voor de respondenten in de EKC-groep als die in de WT-groep bevatten echter ook mogelijkheden om vrije tekst in te voeren. Dit kon bij vragen over specifieke onderdelen, bijvoorbeeld waar de respondent gevraagd werd naar de directe aanleiding om hem of haar aan te melden bij een Wijkteam of voor een Eigen Kracht conferentie, of waar de respondent gevraagd werd naar de algehele (on)tevredenheid over de ondersteuning. Bovendien was een *catch-all* open vraag opgenomen: "de vragenlijst is voltooid; heeft u nog opmerkingen die u graag wilt delen?".

In deze paragraaf groeperen we de aldus verkregen commentaren in twee rubrieken. Allereerst, en in aansluiting op de voorgaande paragraaf, bespreken we wat volgens de respondenten zelf de relatieve bijdrage is geweest van netwerksteun dan wel professionele hulp voor het bereiken van zijn of haar eindsituatie bij de 2e meting.
Vervolgens bespreken we welke factoren volgens de respondenten, gezien hun eigen ervaringen, gunstig zijn dan wel een risico vormen voor het effectief functioneren van netwerksteun.
Beide rubrieken van commentaren samen leveren indicaties op voor de beantwoording van de derde onderzoeksvraag (kritische succesfactoren), in aanvulling op wat eerder in dit hoofdstuk naar voren kwam.

3.5.1 De rol van netwerksteun en/of professionele hulp volgens respondenten

De bijdrage van het netwerk dan wel de zorgprofessional kwam meestal aan de orde naar aanleiding van de vraag in hoeverre er volgens de respondent sprake is van verbeteringen, sinds de Eigen Kracht conferentie plaatsvond (EKC-lijst) respectievelijk sinds men bij het Wijkteam terecht was gekomen (WT-lijst). Het woord 'sinds' deed bij velen (ofschoon niet bij allen) de vraag rijzen of hiermee ook specifiek 'als gevolg van' bedoeld werd. Waar de statistische analyse (paragraaf 3.4) tegen beperkingen aanliep, biedt het patroon van eigen observaties van de respondenten een interessante aanvulling.

De EKC-groep

We beginnen met de EKC-groep, en wel met de 45 respondenten uit de 2e meting. Van deze 45 personen hebben er 31 aangegeven dat hun probleemsituatie aanzienlijk is verbeterd, of zelfs is opgelost. Bij 7 van deze 31 personen is niet expliciet besproken waaraan deze positieve uitkomst nu exact te danken was. Bij de overige 24 respondenten kon dit wel worden vastgesteld. Bij 16 van deze 24 personen werd het positieve resultaat met name aan netwerksteun toegeschreven. Bij 7 personen was het juist de combinatie van netwerksteun en professionele hulp die het positieve resultaat had bewerkstelligd. Volgens 1 respondent was het niet het netwerk, maar juist de professionele hulp waardoor het resultaat bereikt kon worden.
Het voorlopige beeld in de EKC-groep lijkt dus, dat daar waar iets gezegd kón worden over de oorzakelijke rol van netwerksteun en professionele hulp, een werkelijk positief resultaat in

circa twee derde van de casussen aan netwerksteun wordt toegeschreven en in bijna een derde van de casussen aan de combinatie van netwerksteun en professionele hulp.

Om een meer volledig beeld te krijgen dienen we echter ook te kijken naar de 14 respondenten (45 min 31) die bij de 2e meting geen enkele of slechts een lichte verbetering van hun situatie rapporteerden. Het relatieve gebrek aan vooruitgang wordt door de respondenten aan verschillende oorzaken geweten. Een respondent noemt de zeer slechte ervaring met hulpverlenings- en toezichthoudende overheidsinstanties, een ander noemt wachtlijsten en een derde geeft aan dat netwerk en hoofdpersoon wel wilden maar de professionals een constructieve oplossing in de weg stonden. In deze casussen wordt de oorzaak van de betrekkelijk negatieve uitkomst dus overwegend bij de hulpverleningsinstanties gelegd. Daarnaast noemden vijf andere respondenten als oorzaak de moeizame verhouding tussen het netwerk enerzijds, en de (non-coöperatieve) hoofdpersoon, alsmede de zeer slechte ervaringen met de professionals (met name de jeugdbescherming) anderzijds. In deze vijf casussen wordt dus een combinatie van oorzaken genoemd: professional-gerelateerd en hoofdpersoon en netwerk-gerelateerd. Verder zijn er dan nog vier casussen waar de oorzaken primair worden gezocht in de houding van de hoofdpersoon ten opzichte van het netwerk en de professional, zonder dat sprake is van een verstoorde verhouding tussen het netwerk en de professionele hulpverlening. Feitelijk gaat het hier om situaties waar de hoofdpersoon niets wil of doet om te veranderen. Netwerk en professional lopen dan beide tegen een muur aan.
In nog een andere casus wordt netwerkbemoeienis juist als contra-produktief gekwalificeerd gezien de *aard* van de problemen, te weten: ernstige schulden. Hier wordt dus een probleem-gerelateerde oorzaak genoemd. Dit geldt in zekere zin ook voor de overgebleven 14e casus waarin een onverwacht nieuw probleem de kop op stak, zonder dat de aard van dat probleem direct aan de rol van professionals of netwerk gekoppeld kon worden.
Al met al is het beeld in dit segment ('lichte, dan wel geen enkele verbetering') binnen de EKC-groep tamelijk diffuus.

Ook is er nog de groep van 10 respondenten die aan de 1e meting hebben deelgenomen maar tussen de 1e en de 2e meting zijn uitgevallen, doorgaans omdat zij onbereikbaar bleken te zijn. Van deze 10 respondenten hadden er vijf reeds tijdens het 1e interview een aanzienlijke verbetering dan wel oplossing van hun problemen gemeld. Hier kwam als oorzaak van de positieve uitkomst tweemaal de netwerksteun naar voren en tweemaal de combinatie van netwerksteun en professionele hulpverlening. In de vijfde casus waren de problemen opgelost door een geheel externe factor. In drie andere casussen was het nog te vroeg om een oordeel over de effecten van ondersteuning te geven, in nog een andere casus was de situatie wel verbeterd dankzij een combinatie van professionele en netwerksteun maar was respondent kort daarna vertrokken, en in de 10e casus was er geen enkele verbetering te melden. Dit werd toegeschreven aan de ernst van de (medische en psychologische) problematiek. Tot zover de EKC-groep.

De WT-groep
Ook in de WT-groep beginnen we met de 45 respondenten uit de 2e meting. Van deze 45 personen hebben er 21 aangegeven dat hun probleemsituatie aanzienlijk is verbeterd, of zelfs is opgelost. Bij 3 van deze 21 personen is niet expliciet ter sprake geweest waaraan deze positieve uitkomst nu exact te danken was. Bij de overige 18 respondenten kon dit wel vastgesteld worden. Bij 7 van deze 18 personen werd het positieve resultaat met name aan de professionele hulpverlening toegeschreven. Bij 10 personen was het juist de combinatie van professionele hulp en netwerksteun die het positieve resultaat had bewerkstelligd. Volgens 1 respondent was het niet de professionele hulp maar juist het eigen netwerk waardoor het resultaat bereikt kon worden.

Het voorlopige beeld in de WT-groep lijkt dus, dat daar waar iets gezegd kon worden over de oorzakelijke rol van professionele hulp en netwerksteun, een werkelijk positief resultaat in iets meer dan de helft van de gevallen aan de combinatie van beide wordt toegeschreven, en in iets minder dan de helft aan de professionele hulpverlening.

Ook nu kijken we – voor een meer volledig beeld – weer naar de respondenten die bij de 2e meting geen enkele of slechts een lichte verbetering van hun situatie rapporteerden. In de WT-groep betreft dit 24 (45-21) respondenten. Ook hier wordt het relatieve gebrek aan vooruitgang aan verschillende oorzaken geweten.
Drie respondenten verwijzen naar het chronische karakter van hun (medische) aandoeningen en/of (hoge) leeftijd. Zes andere respondenten verwijzen naar de moeizame (professionele) behandeling, als gevolg van problemen rond het stellen van een juiste diagnose, en/of de vitale rol van de opstelling van andere 'probleemveroorzakers', binnen of buiten het gezin, hetgeen een snelle oplossing bemoeilijkt.
Een even grote groep van zes respondenten verwijst naar wachtlijsten, bureaucratie, (contra-productieve) regelgeving, en het aanzienlijke verloop van zorgprofessionals, waardoor steeds opnieuw zaken moeten worden uitgelegd en vertrouwen moet ontstaan totdat er sprake is van een 'klik' tussen cliënt en (nieuwe) hulpverlener.
Verder was er in vier casussen al geruime tijd geen contact meer tussen professional en cliënt/gezin, omdat de respondent nauwelijks vertrouwen meer had in de professionele instanties.
In nog eens drie gevallen was de professionele hulpverlening beëindigd, maar had men het gevoel dat de situatie als geheel nog niet beduidend was verbeterd. In de resterende twee casussen waren er problemen bijgekomen; bij een respondent was dit een (onvoorzien) ernstig medisch probleem, bij de andere respondent was dit een voortvloeisel uit de aard van de problematiek, te weten: schulden, en dan vooral de wijze waarop de schuldhulpverlening de problemen naar mening van de respondent eerder vergroot dan verkleint.

Met dit betrekkelijk grote segment binnen de WT-groep zou men dus globaal kunnen stellen, dat bij 11 van de 24 respondenten de aard van de problematiek een belangrijke rol speelde (naast de als laatste genoemde additionele medische en schuldenproblematiek: ook de eerstgenoemde chronische klachten en de moeizaam te behandelen klachten als gevolg van diagnostiek en/of kring van betrokken 'probleemveroorzakers'). Hiertegenover staat een opvallend groot aantal van 10 respondenten dat verwijst naar bestuurlijke of zorgmanagement-gerelateerde oorzaken (6 maal) of naar een gebrek aan vertrouwen richting professional (4 maal). De restcategorie van 3 respondenten waar de professionele hulp was beëindigd maar zonder aanzienlijke vermindering van de problematiek als geheel, is hier verder moeilijk te duiden.

Ook in de WT-groep is er nog een groep 'uitvallers' tussen de 1e en de 2e meting. Hier gaat het om 15 respondenten. Net als in de EKC-groep bleken de meeste personen onbereikbaar, maar ook hadden twee personen aangegeven slechts aan de 1e ronde te willen meedoen. Verder was een respondent inmiddels overleden en verbleef een andere respondent voor langere tijd in het buitenland.
Blijkens de 1e meting waren bij twee respondenten de problemen reeds opgelost, en bij twee anderen was sprake van een aanzienlijke verbetering. Deze positieve resultaten werden door drie van de vier respondenten toegeschreven aan de combinatie van professionele hulp en netwerksteun, en bij een respondent aan met name professionele hulp.
In de resterende 11 casussen was bij de 1e meting slechts een lichte verbetering of nog helemaal geen verbetering merkbaar. In deze eerdere fase wijten de respondenten het relatieve gebrek aan vooruitgang weer aan verschillende oorzaken. Drie respondenten verwijzen naar het chronische karakter van hun (medische) aandoeningen en/of (hoge) leeftijd, waarbij twee van hen bovendien met wachtlijsten geconfronteerd werden. Twee

andere respondenten verwijzen naar de moeizame (professionele) behandeling, als gevolg van problemen rond het stellen van een juiste diagnose, en/of de vitale rol van de opstelling van andere 'probleemveroorzakers', binnen of buiten het gezin, wat een snelle oplossing bemoeilijkt. Twee andere respondenten verwijzen naar de beperkingen die de hulpverlening huns inziens ondervindt van regelgeving en budgetten. Twee respondenten verwijzen naar de aard van hun ernstige psychologische problematiek, gecombineerd met onveiligheid of maatschappelijk isolement. Een andere respondent verwijst eveneens naar de aard van de problematiek, in dit geval de gebrekkige hulpverlening bij ernstige schulden. Bij de 11^{e} respondent was de hulpverlening te recent gestart om uitspraken over te doen.
In 4 van deze 11 'uitgevallen' casussen bood ook het netwerk steun. In de overige 7 gevallen ontbrak een netwerk waarop een beroep kon worden gedaan.

Nogmaals: netwerk, professional, of beide?
Vóór alles merken we op, dat de betrekkelijk geringe aantallen respondenten binnen de zojuist behandelde subcategorieën nopen tot grote voorzichtigheid voor wat betreft het generaliseren van bevindingen, nog daargelaten vertekeningen die gepaard kunnen gaan met *self-reported* data (Jupp, 2006). Dit gezegd hebbend, vraagt een interessant patroon de aandacht bij met name de eerste subcategorie van respondenten, dat wil zeggen: zij die bij 2^{e} meting een aanzienlijke verbetering in (of zelfs oplossing van) hun probleemsituatie hadden gemeld.
In de EKC-groep wordt dat positieve resultaat door de respondenten zelf toegerekend aan ofwel netwerksteun ofwel een combinatie van netwerksteun en professionele hulp, terwijl een dergelijk positief resultaat in de WT-groep wordt toegerekend aan ofwel professionele hulp ofwel een combinatie van professionele hulp en netwerksteun. Dit gegeven is op zich nog niet zo verrassend, gezien de mogelijke invloed (in beide groepen) van een zekere mate van selectie-bias. Wèl opvallend is, dat in de EKC-groep de rol van netwerksteun *als zodanig* tweemaal zo vaak wordt genoemd als de *combinatie* van netwerksteun en professionele hulp, terwijl in de WT-groep in iets meer dan de helft van alle zaken naar die *combinatie* van professionele hulp en netwerksteun wordt verwezen en in iets minder dan de helft naar professionele hulp *als zodanig*. Men zou tussen beide groepen meer vergelijkbare verhoudingen tussen de veronderstelde oorzaken van een positieve eindmeting verwachten.
Waar de groep 'uitvallers' reeds tot positieve resultaten was gekomen zien we bij die groep een zelfde patroon (zij het met nog kleinere aantallen respondenten).
Deze bevindingen lijken er op te wijzen dat netwerksteun *als zodanig* in sterkere mate bijdraagt aan een positief resultaat dan professionele hulp *als zodanig*. Het gaat hier echter, als gezegd, om een indicatie, gezien de betrekkelijk geringe aantallen in de afzonderlijke subcategorieën.

Waar positieve resultaten uitbleven is het toerekeningspatroon veel diffuser. Wel valt op dat in netwerk-gerelateerde verklaringen betrekkelijk nogal eens naar de opstelling van de hoofdpersoon-zorgvrager zelf gewezen wordt. In zorgprofessional-gerelateerde verklaringen wordt vaker gewezen naar de *organisatie* van de professionele hulpverlening dan naar de betrokken hulpverleners persoonlijk. Dat maakt de bevinding overigens niet minder interessant, vooral omdat juist deze aspecten beleidsmatig te beïnvloeden zijn.

3.5.2 Succesfactoren en risicofactoren volgens respondenten
Dan volgt nu een beknopte opsomming van factoren, die volgens respondenten (mede-)bepalend zijn voor het functioneren van effectieve netwerksteun. Daarbij refereerden respondenten uit de EKC-groep niet alleen aan netwerk-gerelateerde factoren, maar ook nogal eens aan de professionele hulpverlening. Ook die verwijzingen zijn opgenomen omdat positieve dan wel negatieve ervaringen met de professionals hun weerslag (kunnen) hebben op het functioneren van het netwerk. Omgekeerd is in de WT-groep, naast netwerk-

gerelateerde factoren, vooral gerefereerd aan professional-gerelateerde factoren. Ook die zijn om dezelfde reden meegenomen in onderstaand overzicht.
Terzijde wordt opgemerkt dat sommige respondenten aangaven veel over de materie te hebben nagedacht; zij brachten vaak meerdere factoren naar voren, afhankelijk ook van de casus in kwestie. Er waren echter ook meer gesloten respondenten, die hierover nauwelijks ideeën hadden of althans naar voren brachten.

Allereerst nu het woord aan de EKC-groep:

Genoemde risicofactoren bij de inzet op netwerksteun (EKC-groep)
- sabotage door hoofdpersoon/zorgvrager (doet niets; wil niets);
- onderling wantrouwen (schoon-)familie;
- aard problematiek: schulden;
- aard problematiek: ernstige verslaving;
- sleutelfiguren niet aanwezig op conferentie;
- escalerende rechtszaken;
- professionals die te zeer op 'safe' spelen (te soft, te gemakkelijk gemanipuleerd);
- een sterk negatieve rol van de jeugdbescherming (met specificaties: overhaast handelen en/of ongeïnteresseerdheid ten aanzien van de kring van naastbetrokkenen.

Genoemde succesfactoren bij de inzet op netwerksteun (EKC-groep)
- de onderkenning van gemeenschappelijkheid/een gemeenschappelijk probleem;
- het als netwerkleden doordrongen worden van de ernst van de zaak, en geprikkeld worden actief mee te denken;
- hulpaanbod gedaan tijdens een EK-c is niet vrijblijvend; wederzijdse hulpverplichting door reciprociteit;
- het (via een EK-c) bij elkaar aan tafel hebben van diverse specialismen (bijvoorbeeld psycholoog, arts, advocaat, bewindvoerder); de gecreëerde mogelijkheid om onduidelijkheden en agenda's op elkaar af te stemmen;
- je als hoofdpersoon openstellen voor hulp; deze willen aannemen;
- als familie (en professional) niet te veel problematiseren; positief zijn.

Aandachtspunten/aanbevelingen (EKC-groep)
Vanuit de EKC-groep werden meer dan eens nog de volgende aandachtspunten en aanbevelingen naar voren gebracht:
- er zou na iedere Eigen Kracht conferentie een (of meer) follow-up(s) moeten worden georganiseerd;
- alle betrokkenen (waaronder overheidsinstanties) zouden tijdens (het eerste deel van) een EK-c verplicht aanwezig moeten zijn;
- EK-c's zouden (standaard) in een eerder stadium van hulpverleningstrajecten gefaciliteerd moeten worden;
- EKC-coördinatoren zouden vooraf meer helderheid moeten verschaffen over ieders rol en bevoegdheid.

En richting één specifieke groep van hulpverleners kwam nog naar voren:
- bewindvoerders doen hun werk niet goed; het toezicht op hen zou verscherpt moeten worden.

Dan volgen nu de commentaren en suggesties vanuit de WT-groep:

Genoemde risicofactoren bij de inzet op professionele hulpverlening (WT-groep)
- termijn ingezette hulpverlening loopt te snel af (steeds opnieuw een indicatie nodig; 1 jaar is te kort);
- groot verloop onder hulpverleners; steeds opnieuw een 'klik' zien te vinden. In feite gaat het hier om gebrek aan continuïteit in de hulpverlening;
- wachtlijsten: de problemen verergeren daardoor;

- inefficiënte regelgeving (wijk- of gemeentegrenzen blijken bureaucratisch onneembare hindernissen; de kostendelersnorm; het steeds opnieuw moeten aanbesteden van zorgverlening);
- organisatie van en toezicht op schuldhulpverlening werkt niet of contra-produktief;
- Wijkteams hebben te weinig bevoegdheden (met name ten aanzien van het speciaal onderwijs);
- het langs elkaar heen werkende instanties (huisuitzetting niet gemeld bij MPH; afstemming tussen Wijkteams en Werk & Inkomen);
- vrees voor bemoeizucht: "de overheid dringt zich in je leven".

Specifiek ten aanzien van *netwerksteun* werden vanuit de WT-groep genoemd:
- vrees voor represailles vanuit de eigen culturele groep.
- toenemend isolement door hoge leeftijd;
- "Mijn familie woont te ver weg"; en
- "Ik wil mijn familie niet lastig vallen".

Genoemde succesfactoren bij de inzet op professionele hulp (WT-groep)
- er is een 'klik' met de hulpverlener (er wordt echt geluisterd; niet alleen maar een lijstje afgevinkt);
- vertrouwen in de professional wordt vergroot wanneer deze (al is het op afstand) in ieder geval even reageert op vragen (al is het maar kort); men heeft het idee dat men altijd op de professional kan terugvallen;
- "Het is goed als de professional een opvolger of ingezette specialist of vrijwilliger zelf even komt voorstellen".

En over hoe het netwerk en de professional elkaar kunnen versterken:
- het netwerk verschaft een extra paar ogen richting zorgvrager en professional.

Een 15-tal korte, maar veelzeggende quotes
Ter afronding van dit hoofdstuk volgen nu een 15-tal veelzeggende (en uiteraard geanonimiseerde) 'one-liners' afkomstig uit de vele interviews. Deze quotes worden hier zonder verder commentaar weergegeven.

1. Quote vanuit de WT-groep, over een WT dat hielp bij het vinden van een andere woning, inboedel, en hulpverlening op maat voor de twee kinderen:
   "Ik ben toch eigenlijk wel verbaasd dat dit allemaal mogelijk is, deze hulp op alle fronten van het wijkteam! De sterkste punten vind ik: ze bellen altijd terug en ze hebben geduld."

2. Vanuit de EKC-groep, over een conferentie naar aanleiding van een gecompliceerde vechtscheiding:
   "Ik sta versteld dat die coördinator erin is geslaagd alle partijen rond de tafel te krijgen. Jammer dat ik betrokkene daarna nooit meer langs heb gehad, al was het maar om te kunnen bedanken!"

3. Maar er wordt ook negatief geoordeeld over de professionele hulpverlening, bijvoorbeeld vanuit de EKC-groep:
   "Ik heb inmiddels 6 verschillende gezinsvoogden langs gehad. Die net afgestudeerden hebben een air alsof ze het wel weten, maar ze verpesten meer dan dat ze geholpen hebben."

4. Een planbewaker over jeugdbeschermers, eveneens uit de EKC-groep:
   "Die jeugdbeschermer keek alleen op een papiertje en herhaalde wat er gezegd werd. Er was geen klik. Het wekt bij de (jeugdige) zorgvrager natuurlijk ook geen vertrouwen als je dossier in korte tijd al 3 x is overgedragen aan steeds weer een andere professional."

5. Een planbewaker over jeugdbeschermers: eveneens vanuit de EKC-groep:
   "Hoe gemeenschappelijker het probleem wordt, des te eerder wordt het opgepakt. Ik juich EK-c's echt toe. De EK-c werkt in dit geval goed, omdat het hier een laatste kans betreft. Aan de achtergronddreiging van een uithuisplaatsing ontleen ik als planbewaker een zekere macht om de hoofrolspelers zich aan de gemaakte plan-afspraken te laten houden."

6. Een respondent uit de EKC-groep over de kracht van wederkerigheid:
   "Het netwerk functioneert omdat men ziet dat de lasten nu gedeelde lasten worden; het is niet meer zo dat één persoon alles hoeft te doen. De hoofdpersoon is nu uit haar slachtoffer rol en kan daar ook niet meer in terugvallen aangezien iedereen een handje helpt."

7. Een professional afkomstig uit een van de Wijkteams:
   "Het familiesysteem zelf is een bron van kennis die vaak onderschat wordt."

8. Een respondent uit de WT-groep over hoe professionele hulp en netwerksteun elkaar kunnen versterken:
   "Het gaat stukken beter nu; ik kom nog wel bij de psycholoog, maar ik heb nu ook met enkele vrienden een afspraak dat ik hen kan bellen als ik voel dat het weer mis dreigt te gaan. Het Wijkteam kon daardoor terug naar de waakvlam stand".

9. Over kosten en baten rond bankslapen, vanuit de WT-groep:
   "Het bieden van onderdak vormt toch een maatschappelijke opbrengst? De kostendelersnorm miskent die opbrengst en leidt ertoe dat meer mensen op straat gaan rondzwerven en daar overlast veroorzaken en ondervinden. Dat betekent juist extra kosten voor de samenleving."

10. Meer over kosten, nu bij financiële problemen, vanuit de EKC-groep:
    "De kosten gemoeid met schuldsanering en langs elkaar heen werkende bureaucraten - en de daardoor verspilde tijd en energie – zijn vaak groter dan de schuld zelf. En je leert in de WSNP ook niet hoe je je financiën voortaan wel goed kunt regelen."

11. Idem vanuit de WT-groep):
    "Bij financiële problemen blijk je opeens geen vrienden meer te hebben; en je familie kan deurwaarders niet op afstand houden. Schulden blijken ook steeds door-verhandeld te worden en lopen alleen al daardoor steeds verder op. Wie houdt er eigenlijk toezicht op deze branche?"

12. Over de rol van cultuurgebonden normen en waarden, uit de WT-groep:
    "In onze cultuur zeg je, ook als er van alles mis is, tegen buitenstaanders altijd: het gaat goed. Er rust hier een taboe op openhartigheid, dat voortkomt uit angst voor eventuele consequenties."

13. Idem, vanuit de EKC-groep:
    "Je moet juist geen hulpverlener uit je eigen (etnische minderheids-)groep hebben, want dat verhoogt het risico dat het verhaal over je problemen de ronde gaat doen, en bekenden je de rug toe keren of over je gaan roddelen."

14. Over alle betrokkenen, vanuit de EKC-groep:
    "Terugkijkend moet ik zeggen: zowel de Eigen Kracht conferentie als de jeugdbeschermer hebben goed geholpen. Bij opvoedingsproblemen moet je als ouder wel beseffen dat het niet alleen aan het kind ligt, maar ook aan jouzelf. Je moet dat probleem bij jezelf

erkennen. En je durven blootgeven. Dat is zowel voor effectieve netwerksteun als voor effectieve professionele hulp een voorwaarde."

15. Over hulp durven vragen, vanuit de WT-groep:
    "Ik vraag mijn familie en vrienden liever niets. Maar ja, dan ga je vanzelf denken dat daar ook echt geen hulp is".

3.6 Afronding

Wat leert dit overzicht van risico- en succesfactoren volgens respondenten ons? Soms lijken genoemde factoren in elkaars verlengde te liggen, maar soms lijken ze met elkaar in tegenspraak, zoals de kritiek op de macht van de jeugdbeschermer, die er echter ook juist toe kan leiden dat het netwerk ervan doordrongen raakt dat er iets gedaan moet worden.
In ieder geval is het scala van factoren buitengewoon groot en dit hangt ongetwijfeld samen met de heterogeniteit van problemen, van zorgvragers en hun achtergrond, van de betrokken netwerken, en van de verstandhouding met zorgprofessionals. Deze enorme, meervoudige heterogeniteit maakt ook duidelijk waarom de mogelijkheden tot het vaststellen van statistisch significante correlaties beperkt zijn.

Met een nog gedetailleerder procesevaluatie zou men wellicht nog meer inzicht kunnen verkrijgen hoe in een specifiek huishouden met een specifiek netwerk, specifieke problemen, en specifieke hulpverleners en hun aanpak, een bepaald eindresultaat op een bepaalde termijn tot stand kon komen (en hoe in dat proces specifieke partijen op elkaar hebben gereageerd). Dergelijk onderzoek zal fysiek slechts op kleine schaal met een zeer beperkt aantal huishoudens kunnen plaatsvinden, en juist de specificiteit is dan weer een zwakte: algemeen geldige uitkomsten ontbreken. Ook is het onmogelijk om bij gebrek aan referentie-materiaal van enige omvang effectiviteit te meten.
Daarentegen werken veel kwantitatieve effectiviteitsstudies met een sterk modelmatige benadering waarbij, zoals in Hoofdstuk 1 besproken, vaak op één enkel probleemgebied wordt gefocust en allerlei andere factoren – zoals de verwevenheid met andere problemen of de verhouding en wisselwerking tussen professional en zorgvrager of zorgvrager en netwerk – buiten beschouwing worden gelaten.

Het hier voorliggende onderzoek volgt met de noodgedwongen exploratieve insteek een middenweg, en toont in ieder geval aan met welke veelheid van factoren men in toekomstige analyses rekening zal moeten houden. De in dit hoofdstuk beschreven patronen, met name het veelvuldig parallel functioneren van zorgprofessional *en* netwerk, nopen tot zorgvuldige aanpassing van in het verleden vaak gebruikte onderzoeksdesigns, die insteken op het simpel contrasteren van eigen netwerkkracht versus professionele hulp.

4. Eigen Kracht coördinatoren en zorgprofessionals

4.1 Inleiding

Niet alleen burgers met een zorgvraag of leden van hun netwerk werden geïnterviewd. Voor een meer volledig beeld werd ook informatie verzameld bij de betrokken WT-medewerkers en bij de Eigen Kracht-coördinatoren. Voor wat betreft de EKC-groep waren we geïnteresseerd in de achtergronden en werkopvattingen van de coördinatoren die bij de conferenties betrokken waren, of zij criteria hanteren voor het al dan niet aannemen van een conferentie-opdracht, hoeveel tijd zij daar gemiddeld aan besteden, en of zij bepaalde patronen ontwaren in door hen begeleide conferenties. Ook de relatie met professionele hulpverleners en andere relevante instanties werd aan de orde gesteld. Uiteindelijk werden 7 EKC-coördinatoren benaderd met een questionnaire, die ook door allen werd beantwoord.

Voor wat betreft de WT-groep werden alle 29 WT-medewerkers die 'geldige' respondenten hadden aangeleverd benaderd. Met 27 van hen vond daadwerkelijk een interview op locatie van de WTs plaats. Ook de WT-medewerkers werd gevraagd naar hun werkopvattingen en criteria om al dan niet een beroep te doen op het netwerk van een cliënt. Hen werd onder meer gevraagd hoeveel tijd zij gemiddeld beschikbaar hebben om inzicht te krijgen in de omvang en samenstelling van het netwerk van cliënten, wanneer volgens hen een interventie 'succesvol' is geweest, en of zij bepaalde knelpunten ervaren die aan het bereiken van onderschreven doelstellingen in de weg kunnen staan. Met die analyse van knelpunten werd aangesloten bij de ondertitel van een recent onderzoek van de Rotterdamse Rekenkamer naar de WTs: 'Het komt niet in de Buurt – Onderzoek naar aanpak knelpunten functioneren wijkteams' (Rekenkamer Rotterdam, 2018).

Om een breder perspectief op dergelijke knelpunten te krijgen werden apart ook 6 van de 7 betrokken WT-leiders geïnterviewd. Hen werd bovendien gevraagd in hoeverre zij de kenmerken van de respondenten die door hun team waren aangeleverd representatief achtten voor hun totale caseload-bestand en hun wijkprofiel, en ook hoe zij de samenwerking tussen de WTs en andere zorgprofessionals en instanties karakteriseren.
Dit hoofdstuk sluit af met een korte vergelijking van de hier gevonden resultaten ten opzichte van de uitkomsten van het Rotterdamse Rekenkamer onderzoek, en de bevindingen uit de derde landelijke peiling van Movisie: 'Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht' (Movisie, 2017).
Allereerst volgt nu een impressie van de EKC-coördinatoren.

4.2 Eigen Kracht coördinatoren

Achtergronden
De 7 EKC-coördinatoren waren in 2019 gemiddeld 6 jaar als zodanig werkzaam, en hadden in die periode gemiddeld 24 conferenties begeleid; wat neerkomt op gemiddeld 4 conferenties per jaar, per coördinator.
Verder hebben 4 van de 7 EKC-coördinatoren een opleiding op universitair of Hbo-niveau genoten, en hebben 5 van deze 7 een opleidingsachtergrond die gericht is op sociale en medische problematiek. Men heeft ervaring opgedaan in zeer uiteenlopende werkkringen bij de overheid en in het bedrijfsleven. De aldaar opgedane ervaring en vaardigheden worden

van groot belang geacht voor het functioneren als EKC-coördinator. Genoemd werden: organiseren, luisteren, gesprekken leiden, vasthoudendheid betrachten, kennis hebben van relevante netwerken in de zorg, over inzicht beschikken in de omgang met uiteenlopende culturele achtergronden. EKC-coördinatoren dienen een 6-daagse training in twee delen te hebben doorlopen. De EKC is een erkend opleidingsinstituut met registratie in het Centraal Register Kort Beroepsonderwijs.

Tijdsinvestering en resultaten
Men gaf aan gemiddeld 30 uur te besteden aan *vooral* de voorbereiding van EK-c's. De meeste respondenten gaven aan niet alle daadwerkelijk bestede uren te kunnen declareren. Vaak is sprake van allerlei (op zich belangrijke) telefoontjes en appjes tussendoor. Wel leidden deze inspanningen ertoe dat het netwerk waarop de hoofdpersoon een beroep kon doen werd vergroot ten opzichte van wat aanvankelijk bij aanmelding verwacht werd, namelijk met gemiddeld 3 extra personen nominaal.

Eigen Kracht
Eigen Kracht wordt door de respondenten wel omschreven als primair: netwerkkracht of familiekracht. Het betreft een groepsdynamiek die in gang wordt gezet. Hiervoor is het noodzakelijk dat de hoofdpersoon en de netwerkleden inzicht krijgen in de eigen rol en de moed en de energie vinden om daadwerkelijk te veranderen. Vaak is er meer mogelijk dan men dacht, en wordt het vertrouwen in het zelf nemen van besluiten aldus versterkt. Een probleem dat door meerdere respondenten werd vermeld is dat voor een dergelijk ingrijpend proces geen beloning, althans bevestiging, voor het netwerk beschikbaar is op korte termijn. Aanvullende coaching na een conferentie lijkt dan ook nodig**.**

Criteria en patronen
Het veruit meest genoemde patroon is: multiproblematiek of stapeling van problemen. Vaak worden genoemd: armoede/schulden, verslaving, huisvesting en jeugdbeschermingskwesties. Over het punt van criteria om al dan niet een conferentie te organiseren lopen de antwoorden sterk uiteen, van 'aarzelingen bij een onstabiel of eenzijdig netwerk', tot 'geen criteria', met de toelichting dat het uiteindelijk nooit vooraf voorspelbaar is hoe een conferentie zal verlopen en hoe netwerkleden zich daarin zullen ontpoppen. Er werd bij dit onderdeel ook aandacht gevraagd voor sommige culturen waarin men uit schaamte voor een verslaving of schulden geen hulp durft te vragen.

Relatie met zorgprofessionals en anderen
Een aantal respondenten gaf aan dat gemiddeld 50% van de professionele hulpverleners aanwezig is tijdens de conferenties, maar dat dit geenszins hoeft te duiden op desinteresse. De conferenties worden vaak in de weekenden belegd, dus buiten reguliere kantoortijd van de professional. De 7 EKC-coördinatoren gaven aan dat in zulke situaties de professionals dan meestal voor een schriftelijke inbreng zorgen.
Zij hechten eraan enige afstand te bewaren tot de professionele hulpverlener, die met de hulpverleningsgeschiedenis bekend is.

Tekstbox 4.1: belang neutrale opstelling EKC coördinator

'Hoe minder ik weet van de inhoud van de casus, des te beter; anders bestaat het gevaar dat ik een eigen mening ga vormen en dan verlies ik mijn neutraliteit', aldus een veel beaamd commentaar.

Specifiek met Jeugdbeschermers is de ervaring van de EKC-coördinatoren positief. Veruit de meeste Jeugdbeschermers zijn betrokken bij hun cliënt en goed voorbereid voor de conferenties. Slechts een enkele keer treft men iemand die niet echt betrokken is, zoals

degene die tijdens een EK-c nog nooit gesproken bleek te hebben met een kind dat reeds een jaar lang onder toezicht was gesteld.
De EKC-coördinatoren gaven aan de door de Jeugdbeschermers gestelde kaders van te voren door te nemen met de hoofdpersonen van de conferentie.
Deze vooraf gecreëerde duidelijkheid leidt ertoe dat in slechts ongeveer 10% van de tot stand gebrachte plannen alsnog wijzigingen moeten worden aangebracht. Alle respondenten zijn het erover eens dat in Jeugdbeschermingszaken een EK-c plan een mengvorm belichaamt van een echt 'eigen' plan en een plan van een zorgprofessional.

4.3 Wijkteammedewerkers

Achtergrond en werkopvatting

Een globale tweedeling zou gemaakt kunnen worden tussen de teammedewerkers die als ambtenaar in dienst van de Gemeente Rotterdam werkzaam zijn, en de medewerkers die in dienst zijn van door de Gemeente gecontracteerde (private) zorgaanbieders, en van daar uit gedetacheerd zijn naar de WTs. Formeel en organisatorisch wordt hier wel een onderscheid tussen 'dienstverleners' en 'hulpverleners' gemaakt, maar de medewerkers zelf voelen dit onderscheid niet zo zeer. De meest voorkomende functie onder de 27 geïnterviewde respondenten was jeugd- en gezinscoach (11x); ook namen 4 wijkcoaches (met bevoegdheid als WMO-consulent) deel en 5 cliënt ondersteuners voor jeugd dan wel volwassenen.
In de regel hebben WT-medewerkers een opleiding op Hbo-niveau afgerond, met vaak nog aanvullende specificaties en trainingen. Aan hen werden tijdens de interviews een aantal stellingen gepresenteerd over de eigen werkopvatting. Twee daarvan konden op algehele steun rekenen.

Tekstbox 4.2: stellingen met (vrijwel) unanieme score

Ik wil niet te snel oordelen en ruggenspraak met cliënt en diens omgeving hebben (eens: 100%).

en

Ik zoek naar empowerment: cliënt stimuleren zijn/haar vaardigheden te versterken en zelfvertrouwen te vergroten (eens: 96%).

Aanzienlijk meer verdeeld was men over de stelling:

Tekstbox 4.3: stellingen met verdeelde score

Ik ben eindverantwoordelijk en moet uiteindelijk beslissen (eens: 40%, neutraal: 30%, oneens: 30%).

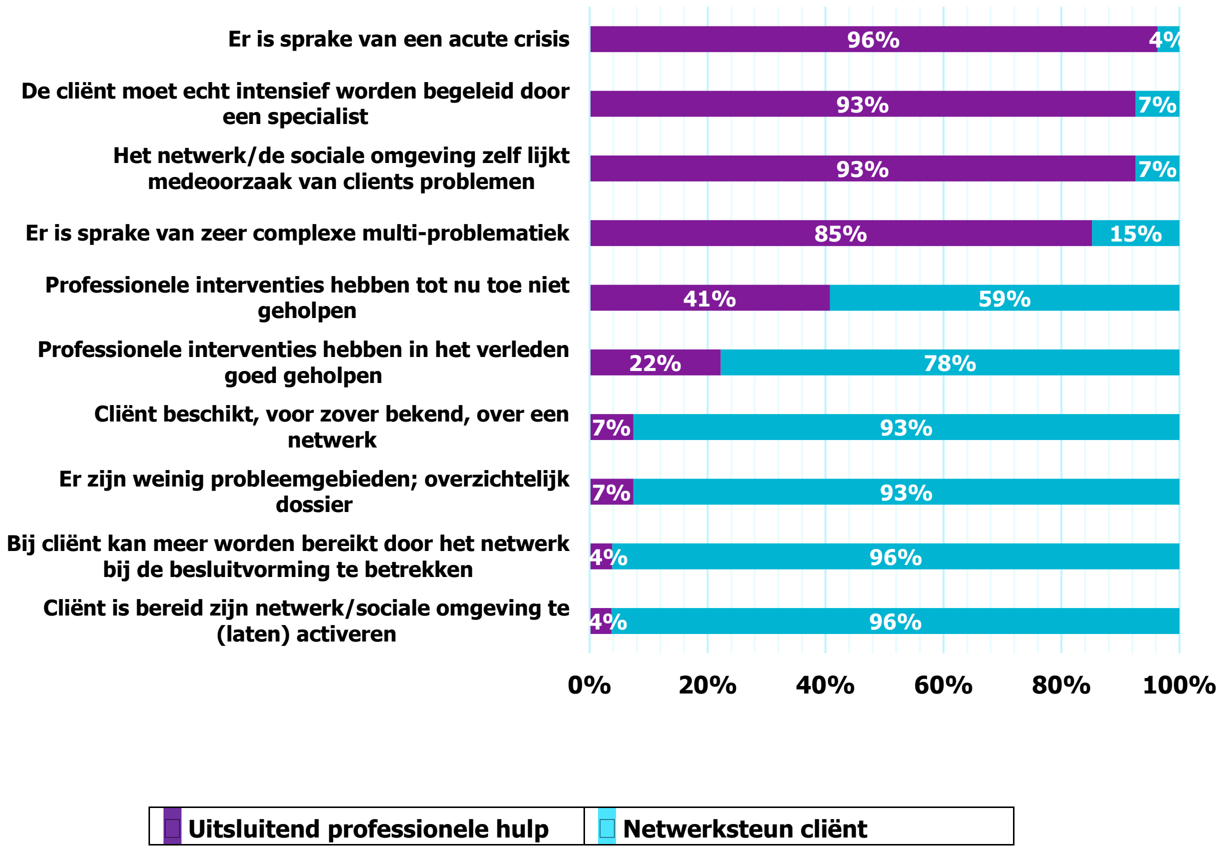
In de eerste twee stellingen liggen uitgangspunten van de transformatie in de zorg besloten, maar deze kunnen wringen met de ervaren professionele verantwoordelijkheid.

Netwerkactivering: criteria en contra-indicaties

In bestaand (internationaal) onderzoek is zelden aandacht besteed aan de rol van professionals als verwijzers naar FGCs, anders gezegd: naar professionals als degenen die beslissen dat de mogelijkheid van netwerkmobilisering onderzocht moet worden. (uitzondering o.a. Sundell, 2003).
Aan de WT-medewerkers werd daarom de vraag gesteld: welke inhoudelijke factoren spelen een rol bij uw beslissing om in te zetten op uitsluitend professionele hulp dan wel op

(mede-)activering van de cliënt met steun vanuit zijn of haar eigen netwerk/sociale omgeving?

*Figuur 4.1 Factoren die een rol spelen bij beslissing voor professionele hulp of netwerksteun (N=27)**



In enkele gespecificeerde gevallen kiest men vrijwel unaniem voor uitsluitend professionele hulp, te weten bij een acute crisis en wanneer specialistische begeleiding noodzakelijk is en het netwerk niet beschikt over de vereiste expertise. Wanneer het netwerk zelf medeoorzaak lijkt van cliënt's problemen kiest men overwegend voor professionele hulp, zij het dat een kleine minderheid hier geopperd heeft dat dan wellicht juist ook nader contact met dat netwerk geïndiceerd lijkt. Nog steeds een grote meerderheid (85%) is van oordeel dat bij zeer complexe multiproblematiek uitsluitend professionele hulp de voorkeur heeft. Dit gegeven is interessant wanneer men bedenkt dat het gemiddelde aantal problemen in de EKC-groep (waar per definitie het netwerk betrokken wordt) hoger ligt dan in de WT-groep. Zijn WT-medewerkers wellicht te pessimistisch?

Ook werd gevraagd in hoeverre probleemgerelateerde, dan wel cliënt-gerelateerde dan wel netwerk-gerelateerde verwachtingen bepalend zijn bij de keuze voor uitsluitend professionele hulp dan wel (netwerk-)activering. Hier werd (in tegenstelling tot bij de vorige vraag) de context gebonden optie 'soms' geboden, en die werd bij alle drie genoemde opties het meest aangekruist.

De definitie van succes

Op de vraag wanneer de WT-medewerker een interventie als succesvol beschouwt, kwam een interessant patroon naar voren: velen geven aan dat vrijwel nooit sprake zal zijn van een

definitieve oplossing van (alle) problemen. Maar veel is al gewonnen wanneer de zorgvrager zelf (en zijn omgeving) weer perspectief ziet. Die term (perspectief) werd relatief vaak gebruikt. Daar werd nog aan toegevoegd: 'Het gaat om de subjectieve beleving van de cliënt, niet om een objectief meet model'.

Nog een willekeurige greep uit de antwoorden op deze open vraag:

- Als cliënt tevreden is over de ondersteuning;
- Als er deels verbetering is en het gezin weer even verder kan;
- Als ik kan afsluiten in de wetenschap: de zorg is nu opgeschaald en die 2e lijns begeleiding gaat goed;
- Wanneer de cliënt vertrouwen heeft en gemotiveerd is de problematiek op te pakken; de einduitkomst is daarbij niet leidend.

Ervaren knelpunten

Vrijwel unaniem negatief oordeelden de WT-medewerkers over de mate waarin de registratiesystemen (tijdens de interviews nog TOP en Mens Centraal) goed inzicht in de voorgeschiedenis van een gezin met hulpverlening verschaffen. Daarnaast werd de privacyregelgeving een aantal maal genoemd als factor die de toegang tot andere bestaande datasystemen en de communicatie met andere professionals in de zorg bemoeilijkt.
Een ander breed ervaren knelpunt vormt de werkdruk. Deze wordt als (te) hoog ervaren en de oorzaak wordt opvallend vaak toegeschreven aan administratieve lasten (administreren, rapporteren, maar ook trainingen en 'overlegjes'), die gemiddeld zo'n 50% van de beschikbare werktijd zouden opslokken (de hoogste schattingen beliepen zelfs 80% van de werktijd, anderen gaven een percentage van 20% aan als realistischer). Een ware steen des aanstoots vormt bij dit alles het Vraag Analyse Instrument (VAI).

Gerelateerd aan de ervaren werkdruk is het betrekkelijk grote personeelsverloop, waarbij de periodieke aanbestedingsrondes voor zorgaanbieders voor veel extra ruis zorgen.
Ook breed gedragen is de kritiek dat de WTs *te weinig preventief* kunnen werken. Men vindt de teams om te beginnen weinig toegankelijk: 'Wij zijn niet laagdrempelig'.
Als WT-medewerker is men evenmin in de gelegenheid actief de wijk in te gaan, terwijl dat naar de mening van velen meer zou moeten gebeuren. Er werden ook diverse suggesties gedaan voor verbetering, waaronder het aanbieden van cursussen voor ouders die opvoedproblemen ervaren, het (verder) verbeteren van contacten met scholen waar vaak eerste signalen van problemen binnenkomen, en het werken aan de relatie met Werk & Inkomen (W&I); het sensibiliseren van W&I ambtenaren voor problemen die reeds bij de WTs in behandeling zijn, zou in de nabije toekomst nodeloze vertraging en daardoor kosten kunnen helpen voorkomen.

Er bleken ook twee kwesties waarover de meningen vrijwel gelijkelijk verdeeld zijn.
Ten eerste: de doelstelling 'Ik/ons team zou sommige cliënten langer willen kunnen volgen'. Hier was 52% het mee eens, maar een bijna even groot percentage (48%) was het hiermee oneens.
Een tweede doelstelling raakt direct aan het centrale deel van dit onderzoek: 'Ik/ons team zou meer tijd (menskracht) moeten krijgen om netwerken van cliënten in kaart te brengen/ in te schakelen/te vergroten'. Hiermee was iets minder dan de helft (44%) het eens, en iets meer dan de helft (56%) het oneens. De vraag of men dan voor netwerkvergroting meer EK-c's zou moeten inzetten, kon op enigszins vergelijkbare percentages voor- en tegenstanders rekenen (37% eens, 63% oneens).

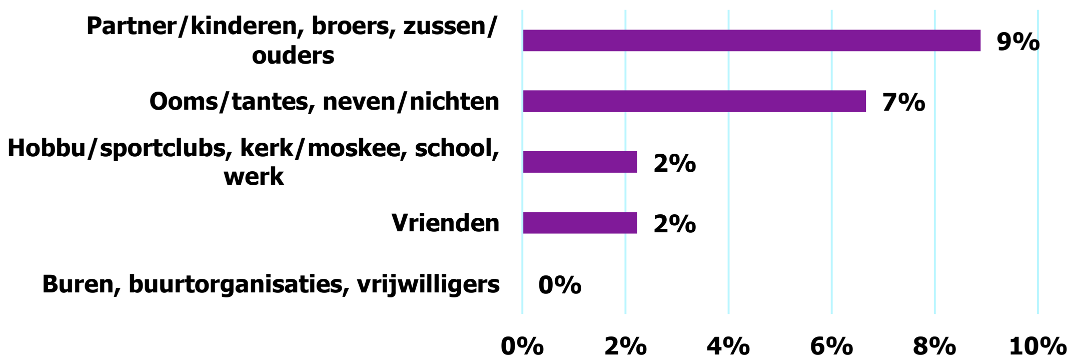
De kwestie 'activering van netwerkkracht' hebben we langs verschillende wegen in het interview ter sprake gebracht. Zo was eerder de vraag gesteld: 'Hoeveel tijd heeft u in het algemeen om inzicht te verwerven in omvang en samenstelling van het sociale netwerk van een cliënt?' De uitkomst was: gemiddeld 2,5 uur, meestal in het kader van de brede uitvraag.

Verder gaf 19% van de medewerkers bij een andere vraag aan, geen tijd te hebben om netwerken in kaart te brengen. Wanneer alleen al voor het *in kaart brengen* van het netwerk te weinig tijd bestaat, kan men hieruit afleiden dat voor het arbeidsintensieve inschakelen, laat staan het *vergroten* van netwerken, bij een nog aanzienlijk groter percentage de tijd hiervoor zal ontbreken. Dat zou aansluiten bij de factor 12 verschil tussen EKC-coördinatoren en WT-medewerkers voor wat betreft de beschikbare tijd voor juist deze werkzaamheden (2,5 uur tegenover 30 uur gemiddeld).

Een belangrijk punt hierbij vormt de noodzaak voor WT-medewerkers om tijdens de uitvraag eerst en vooral het vertrouwen te winnen van de cliënt. Medewerking aan door de professional wenselijk geachte zorg berust immers op vrijwillige instemming van de cliënt. Een aantal medewerkers gaf aan zich zorgen te maken over ondermijning van het moeizaam opgebouwde vertrouwen door de zogeheten '2-petten problematiek': wanneer de WT-medewerker constateert dat ouders onvoldoende meewerken aan interventies ten behoeve van een kind, zullen zij moeten adviseren tot het opstarten van drang en dwang trajecten.

Het laat zich goed voorstellen dat in een veel eerder stadium, tijdens de uitvraag, de WT-medewerker, omwille van de noodzaak een vertrouwensbasis te creëren, een cliënt die aangeeft geen beroep op een eigen netwerk te kunnen doen, niet tegen de haren zal willen instrijken door daar dan toch op door te blijven vragen.
Deze uitkomsten lijken weerspiegeld te worden in die van de WT-groep. De respondenten in de WT-groep gaven aan dat WT-medewerkers betrekkelijk zelden een beroep op het netwerk hadden gedaan. De zorgvragers hadden vaak zelf al steun vanuit hun netwerk geregeld. Geen enkele maal werd door de respondenten melding gemaakt van een familienetwerkberaad dat was bijeengeroepen en/of was begeleid door een WT-medewerker.

Figuur 4.2 Aandeel respondenten waarbij door het Wijkteam een beroep is gedaan op personen uit eigen omgeving (WT-groep, 1e meting)



4.4 Wijkteamleiders

In aanvulling op de WT-medewerkers werden ook de meeste WT-leiders geïnterviewd. Ook zij werden gevraagd naar knelpunten, toegespitst op het vlak van werkdruk, bekostiging, en regelgeving. De signalen over druk als gevolg van administratieve lasten worden wel herkend, maar benadrukt wordt dat verslaglegging onvermijdelijk is en dat de gemeentelijke servicenormen vooral een interne kompas functie hebben en ook de burger enige zekerheid moeten bieden. Werkdruk als gevolg van personeelsverloop en schaarse expertise proberen de WT-leiders te ondervangen door afspraken met andere WTs binnen hetzelfde rayon over verdeling van inzet van expertise. Op de verdeling van budgetten hebben de WT-leiders

weinig zicht. Wel bestaat bij de beleidsafdelingen momenteel een grotere bereidheid te luisteren naar het uitvoeringsniveau dan de afgelopen jaren het geval was. Knelpunten in de regelgeving werden vooral ervaren als gevolg van de periodieke aanbestedingsplicht. Ook de nieuwe privacyregels bemoeilijken niet alleen de communicatie tussen professionals maar zorgen soms ook voor veiligheidsrisco's voor de staf.

Voor wat betreft de samenwerking met andere zorgprofessionals en instanties, was een veelgehoorde klacht dat de WTs vaak tussen wal en schip raken. Een voorbeeld: door wachtlijsten bij de Jeugd-ggz wordt opschaling naar 2^{e} lijns specialistische hulpverlening vaak bemoeilijkt. Omgekeerd geldt dat in de 0^{e} lijn de welzijnsorganisaties hun eigen rol aan het herdefiniëren zijn, en bovendien dat een wijknetwerk in sommige buurten vaak nog maar zeer gebrekkig functioneert. Het WT moet dan noodgedwongen langer zelf betrokken blijven. Verder zijn de contacten met huisartsen volgens diverse WT-leiders voor verbetering vatbaar. Ook met jeugdbescherming verloopt de communicatie nog lang niet optimaal, onder andere wegens interne problemen bij de GI's. Aan verbetering wordt gewerkt door regelmatig overleg.

Tot slot werd met de WT-leiders gekeken of de uit het eigen WT afkomstige respondenten qua kenmerken representatief zijn voor het totale caseload-bestand. Er dient immers met minstens twee selectie-momenten rekening te worden gehouden:

- ten eerste kunnen in de wijk personen met bepaalde kenmerken zorgmijdend gedrag vertonen en daardoor ondervertegenwoordigd zijn in de WT-caseloadlijsten;
- ten tweede kunnen personen met bepaalde kenmerken ondervertegenwoordigd zijn in het aantal gecontacteerde cliënten dan wel het aantal cliënten dat tot medewerking aan het onderzoek bereid werd gevonden.

Wel kan een globale vergelijking worden gemaakt tussen het wijkprofiel en de kenmerken van de geldige respondenten. Daartussen staan echter de WT-caseloadlijsten waar alleen de WT-leiders toegang toe hebben. Hun inschatting komt hierop neer dat in 5 van de 7 WTs de kenmerken van de geldige respondenten globaal overeenkomen met die in de caseload-lijsten. Verschillen met de populatie van de wijk zouden dan vooral zijn toe te schrijven aan zorgmijdend gedrag (wat daarvan de achterliggende motieven ook mogen zijn). In de overige 2 WTs zijn de in de caseloadlijsten *wel* vertegenwoordigde kenmerken niet in de lijst van meewerkende respondenten te vinden. Hier is een indicatie dat er geringere bereidheid tot deelname aan het onderzoek bestond. Helaas zijn door de grote werkdruk in de meeste WTs (op één na) geen lijsten van weigeraars (zoals verzocht) bijgehouden.
In het algemeen kan echter volgens de WT-leiders worden gesteld, dat de cliëntresultaten een afspiegeling vormen van de WT-caseload, hoewel die caseload doorgaans geen goede afspiegeling vormt van het wijkprofiel (vergelijk OBI, 2019).

4.5 Vergelijking met de uitkomsten van ander onderzoek

Voor wat betreft de EKC-coördinatoren kan kortheidshalve gewezen worden op de hiervoor in Hoofdstuk 1 al genoemde internationale studies naar FGCs. Een brug naar de zorgprofessionals biedt het onderzoek van Sundell, die vond dat professionals (in Engeland en in Zweden) die positief dachten over FGCs wèl verwezen naar conferenties, en zij die hierover negatief dachten simpelweg niet verwezen (Sundell, 2003). Dit lijkt te stroken met de bevinding van EKC-coördinatoren, dat de samenwerking met professionals die al bekend zijn met EK-c's doorgaans positief verloopt. Omgekeerd gaven diverse WT-medewerkers aan onvoldoende bekend te zijn met de EKC-aanpak.

De WTs vormen een betrekkelijk nieuw fenomeen, waar zoals eerder opgemerkt meteen na de transitiedatum veel onderzoek naar gestart is. Veel van dat onderzoek is begrijpelijkerwijs gericht op de organisatorische aspecten van het functioneren van de teams. Landelijk verricht Movisie periodieke peilingen onder gemeenten. Uit de derde landelijke peiling van Movisie van medio 2017 springen twee zaken in het oog die ook in de gesprekken met WT-medewerkers naar voren kwamen. Ook landelijk gezien blijken Wijkteams onvoldoende toe te komen aan preventief werken en vroegsignalering (59%) en aan het verbinden met nuldelijnszorg, informele netwerken en buurthulp (45%) (Movisie, 2017). Deze laatste categorie omvat, naar de omschrijving suggereert, mede de informele sociale netwerken van de zorgvrager zelf.

Specifiek voor Rotterdamse WTs ligt er het onderzoek van de gemeentelijke Rekenkamer (Rekenkamer, 2018). Ook de Rekenkamer was geïnteresseerd in de mate waarin een beroep op zelfredzaamheid en ondersteuning vanuit de eigen sociale omgeving van cliënten tot dan toe gerealiseerd werd. Voor de beantwoording van o.a. die deelvraag heeft de Rekenkamer een iets andere methodologische aanpak gevolgd dan in het hier voorliggende onderzoek. De Rekenkamer heeft, na een veiligheidscheck vooraf vanuit cluster MO, *at random* 100 dossiers Jeugd uit TOP en 47 dossiers Volwassenen uit Mens Centraal getrokken. Vervolgens zijn de desbetreffende cliënten gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. De respons op dit verzoek bedroeg 22%. Uiteindelijk vond de analyse plaats op basis van dossieronderzoek, en interviews met cliënten in 17 casussen 'jeugd' en 12 casussen 'volwassenen'.
In 1 van de 12 casussen 'volwassenen' werd door de WT-medewerker een beroep gedaan op het sociale netwerk van de cliënt. In de overige 92% van de gevallen bleef dit achterwege om uiteenlopende redenen, waaronder in het bijzonder werden genoemd: het ontbreken van een netwerk, het gebrouilleerd zijn met het netwerk, of de omstandigheid dat leden van het netwerk reeds ingeschakeld waren door de cliënt zelf voor huishoudelijke of administratieve zaken, terwijl nu specialistische hulp werd verzocht.

Daarnaast is het de WT-medewerker in 2 van de 17 casussen 'jeugd' gelukt de inzet van het eigen netwerk te vergroten (onbekend is in hoeveel zaken er een beroep op dat netwerk werd gedaan). Als reden waarom dit in de overige 88% van de gevallen niet was gelukt, werd aangegeven dat *ofwel* de hulp vanuit het netwerk niet toereikend was om het probleem op te lossen, *ofwel* de cliënt geen geschikt netwerk bleek te hebben.

De conclusie van de Rotterdamse Rekenkamer luidde, dat de Gemeente te grote verwachtingen heeft van het beroep dat WTs kunnen doen op de zelfredzaamheid van cliënten en ondersteuning vanuit de eigen sociale omgeving. Als dit beroep al mogelijk is, leidt het nauwelijks tot vermindering van professionele ondersteuning. In zijn reactie (opgenomen in het Rekenkamer rapport) heeft het College van B&W allereerst gesteld dat het proces van transformatie nog niet is afgerond. Bovendien, zo geeft het College aan, zijn er nooit hoge verwachtingen ten aanzien van de ondersteuning vanuit de eigen sociale omgeving geweest. Die verwachtingen zijn dan ook nooit gekwantificeerd door vooraf gestelde 'targets'. Het gaat erom dat 'samenredzaamheid' *gestimuleerd* wordt, zodat daardoor ook op de langere termijn oplossingen voor de problematiek in het sociale domein gevonden kunnen worden (Rekenkamer, 2018).

Uit ons eigen onderzoek komt een minder somber beeld naar voren, mogelijk door de gevolgde andere strategie voor de selectie van zaken, maar wellicht ook door de exploratieve insteek, waarbij resultaten niet a priori zijn afgemeten aan de beleidstheorie rond de transitie. Onder de onderzochte 60 respondenten in de WT-groep is ook een aantal positieve resultaten te noteren, waar dankzij een receptieve benadering van de WT-medewerker toch een productieve taakverdeling lijkt te zijn ontstaan tussen netwerksteun en professionele steun, en er aldus weer perspectief is geboden.

Op de vraag waarom er kennelijk niet vaker (bredere) netwerksteun wordt gemobiliseerd zou men, sterk geschematiseerd, vijf verschillende antwoorden kunnen bedenken, nu het hier, in de relatie zorgprofessional-zorgvrager een 'complexe interventie' betreft, waarbij de actie en reactie van de ene partij sterk zal afhangen van de actie en reactie van de ander.

1. Het netwerk bood al hulp, waar dit mogelijk was;
2. De cliënt kan geen geschikt netwerk aanboren (omdat dit zou ontbreken);
3. De cliënt heeft wel een netwerk, maar wil dit niet aanboren;
4. De professional heeft niet de middelen om het netwerk in te zetten; en
5. De professional wil geen beroep doen op het netwerk.

Aan al deze varianten zijn onderliggende motieven en selectie-momenten verbonden.

Bij 2) en 3) is niet altijd duidelijk waar de grens tussen 'kan niet' en 'wil niet' ligt. Hilhorst c.s. verwezen al naar de neiging van zorgvragers om strategisch gedrag te ontwikkelen (Hilhorst & Van der Lans, 2014). Dit komt ook naar voren uit de beantwoording van de vraag die wij stelden aan de WT-cliënten: wilt u een hulpverlener die het belangrijk vindt om goed naar uw familie en vrienden (uw netwerk) te luisteren? Hierop antwoordde 40% met 'ja'. Maar op de hierna volgende optie: wilt u een hulpverlener die een rol toekent aan uw eigen omgeving bij de *uitvoering* van de hulpverlening, antwoordde slechts 7% met 'ja'.

Figuur 4.3 – Opinies over professionele hulp (WT-groep)



Ook de grens tussen het 'niet kunnen' en 'niet willen' bij de zorgprofessional is niet altijd helder. Hier ligt bijvoorbeeld de noodzaak eerst het vertrouwen te winnen van de cliënt (de variant op de 2-petten problematiek in het uitvraag-stadium).

Dan is er de in 2016 opgemaakte tussenbalans door Kruiter c.s. Zij onderzochten of de WTs inmiddels dichter bij de burger waren komen te staan (Kruiter, Bredewold & Ham, 2016). Die tussenbalans laat een zorgelijk beeld zien. Het blijkt onduidelijk hoe de WTs hun transformatie doelen moeten realiseren. Weliswaar worden via Academische Werkplaatsen, en fora als het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) en Movisie, werkwijzen die hun nut bewezen hebben verzameld en gedeeld. Maar een groot euvel blijkt de werkdruk: hoe dichter WT-medewerkers de zorgvragers benaderen, hoe meer zij dreigen te verdrinken in de complexiteit van de problemen.

De bevinding in het voorliggende onderzoek, dat een overgrote meerderheid van WT-medewerkers complexe multiproblematiek ziet als contra-indicatie tegen netwerk-activering, sluit daar naadloos op aan.
Is dit nu een 'niet willen', of een 'niet kunnen', ingegeven door de beperkte tijd, lees: personele middelen, die een WT hiertoe beschikbaar staan? Op deze kwestie komen we terug in Hoofdstuk 6.

5. Zorgprofessional en netwerk: 3 kostenscenario's

5.1 Inleiding

Een van de onderzoeksvragen van de Gemeente Rotterdam was of een benadering gericht op activering van netwerksteun maatschappelijke winst zou kunnen genereren in termen van besparingen. Het gaat dan vanzelfsprekend om besparingen op de collectieve zorguitgaven, die bijvoorbeeld gestalte zouden kunnen krijgen door taakverdeling en samenwerking tussen professional en het eigen netwerk van de zorgvrager.
Gesteld voor de vraag hoe deze besparingen te berekenen, is eerst onderzocht of zich in de casussen in beide groepen bepaalde patronen aftekenen van zorgsubstitutie dan wel taakverdeling, dankzij de inzet van het eigen netwerk. Zulke patronen kwamen inderdaad naar voren.

Een eerste patroon verscheen in 10 casussen in de EKC-groep. In al deze gevallen heeft de jeugdbeschermer afgezien van uithuisplaatsing (in 2 van die 10 casussen: afgezien van *voortgezette* uithuisplaatsing), dit dankzij de inzet van het netwerk. Een tweede patroon, eveneens in de EKC-groep betrof 3 casussen waarin om dezelfde reden tot netwerkplaatsing werd besloten in plaats van plaatsing bij een bestandspleeggezin (of zelfs residentiële plaatsing).
Een derde patroon betrof de verdeling van specifieke taken tussen een zorgprofessional en het netwerk, dankzij geactiveerde netwerksteun. Hier ging het om 11 casussen (4 uit de EKC-groep en 7 uit de WT-groep) welke zowel volwassenen problematiek als jeugdproblematiek betroffen. Een vierde patroon betrof 6 casussen (4 uit de EKC-roep en 2 uit de WT-groep, wederom jeugd en volwassenen) waarbij het netwerk zich de tips van de professional eigen maakte en als extra paar ogen van de professional ging functioneren, daarbij diens rol als klankbord overnemend. Hierdoor kon de professional zelf zijn bemoeienis met de zorgvrager extensiveren.
Een vijfde patroon betrof 8 casussen uit de EKC-groep waarbij het netwerk werd ingezet om de gevolgen van een vechtscheiding zonder afspraken over de kinderen te neutraliseren; daarmee werd vaak ondertoezichtstelling voorkómen dan wel versneld beëindigd.
Een zesde patroon ten slotte bestond uit 3 casussen (1 uit de EKC-groep en 2 uit de WT-groep) waarin het netwerk de zorgvrager als bankslaper onderdak had verleend (waarnaast professionals zich doorgaans met zaken als inkomen en herhuisvesting bezig hielden).

Uiteindelijk werd ervoor gekozen de besparingen uit te rekenen die gegenereerd werden binnen het eerste, derde en vijfde patroon. Het geringe aantal casussen dat ten grondslag lag aan het tweede en aan het zesde patroon, was reden om deze patronen niet verder te onderzoeken. Bij het vierde patroon werd tot hetzelfde besloten op grond van de technische moeilijkheden bij het berekenen van de opbrengsten van extensivering van professionele hulp in de onderliggende casussen.
De nu overgebleven 29 casussen vertoonden dusdanige onderlinge gelijkenissen dat zij rubricering in drie scenario's van specifieke combinaties van professionele en netwerksteun rechtvaardigden. Er waren nog wel kleinere verschillen op onderdelen. Het zou evenwel bijzonder omslachtig zijn om dan maar voor alle 29 casussen afzonderlijk en individueel te berekenen welke besparingen de inzet van het netwerk exact heeft opgeleverd. Nog afgezien van de bewerkelijkheid, zou zo'n benadering bovendien tot frictie met de nieuwe privacy

regels kunnen leiden, daar iedere afzonderlijke casus dan te zeer herkenbaar zou kunnen worden.

We hebben er daarom voor gekozen, de werkelijk bestaande casussen binnen elk van de drie scenario's te mengen tot een 'gestileerde' casus, dat wil zeggen: te mengen tot steeds één kunstmatige casus waarin de verschillende details uit een aantal werkelijke, onderliggende casussen op een originele manier zijn gecombineerd. Daardoor kon volstaan worden met in essentie een drietal berekeningen.
Deze berekeningen konden gemaakt worden, omdat we de in werkelijkheid ingezette zorgarrangementen kenden, en inzage kregen in de wijze van kostprijs berekening in het zogeheten digitale *middle office*, dankzij enkele wijkteam-leiders en data-analisten van cluster MO/MOW op het stadhuis.

Een inschatting van besparingen is nooit een momentopname, maar strekt zich logischerwijze zowel naar het verleden als naar de toekomst uit. Is bekend hoeveel en hoe lang al professionele hulp in het verleden werd ingezet, en of netwerksteun al in een eerder stadium tot besparingen (bij wege van vervanging dan wel taakverdeling) had kunnen leiden? En is al bekend of de besparingen die nu, bij de 2^e^ meting, berekend zijn zich ook kunnen continueren in de toekomst? Zo ja, dan resulteert een nog groter potentieel aan besparingen. Zo nee, wat is daarvan dan de oorzaak? Kunnen de risico's op nieuwe problemen, of bijvoorbeeld ineenstorting van het netwerk, op betrouwbare wijze berekend worden, voor elk scenario?
Over de ingezette professionele zorg in het verleden is informatie beschikbaar. Voor de casussen die ten grondslag liggen aan gestileerd scenario nr. 1 ('pleeggezin niet nodig') bijvoorbeeld, ligt die voorafgaande periode van hulpverlening tussen 1 en 8 jaar, resulterend in een gemiddelde duur van 3,5 jaar. Daarmee weten we echter nog niet of inzet van het netwerk dan al eerder tot besparingen had kunnen leiden, en zo ja, hoeveel. Zo zou in scenario 1 in het verleden sprake geweest kúnnen zijn van minder kinderen dan op dit moment. Een dergelijk 'terugrekenen' zou te zeer in speculaties verzanden. Omgekeerd verkrijgen prognoses gemaakt voor toekomstige ontwikkelingen evenzeer een speculatief karakter naarmate er verder in de toekomst wordt geschat. Wij hebben daarom conservatief volstaan met een berekening die zich uitstrekt over de periode van 1 jaar vanaf de 2^e^ meting.

Wij hebben ons niet gewaagd aan een kosteneffectiviteitsanalyse. Daarvoor zijn de 3 gestileerde scenario's onderling te verschillend en zouden meer effectiviteitsgegevens nodig zijn dan waarover wij nu, als gevolg van onze exploratieve insteek, kunnen beschikken. Het enige, tamelijk complete kosteneffectiviteitsonderzoek dat tot nu toe in Nederland werd uitgevoerd is de studie van Onrust en Romijn inzake Eigen Kracht in de keten van jeugd-lvb (Onrust & Romijn 2013).
De kosteneffectiviteitsratio wordt uitgedrukt als het verschil in kosten tussen twee onderzochte werkwijzen gedeeld door het verschil in effect van deze twee werkwijzen. Door middel van een puntenwolk op een kosteneffectiviteitsvlak kan inzichtelijk worden gemaakt – zoals Onrust en Romijn hebben gedaan – hoe de extra kosten dan wel besparingen van de EKC-benadering zich verhouden tot de reguliere professionele werkwijze.

Dan nog spelen andere factoren een rol, zoals de bereidheid om te investeren in een wijze van aanpak die leidt tot afname van zorgpunten, of, zoals in de onderhavige rapportage, tot een afname in aantal en ernst van onderscheiden probleemgebieden. Los van een dergelijke investeringsbereidheid zal, wanneer een afname van problemen (althans de kans daarop) is aangetoond bij een bepaalde aanpak, dit op termijn leiden tot minder professionele zorg en daarmee tot hogere kosteneffectiviteit.
Tot slot is uiteraard van belang welke kosten meegenomen worden in een kostenberekening.

Hier worden bij het berekenen van de besparingen (voor de vergelijking) alleen de kosten en besparingen voor de Gemeente meegenomen. In veel gevallen zijn echter ook partijen zoals de zorgverzekeraar, de woningbouwvereniging en het justitieel systeem als stakeholder aan te wijzen. De mobilisering van het eigen netwerk kan ook (positieve) gevolgen hebben voor de uitgaven van deze partijen. De totale besparingen zijn daarmee in een aantal gevallen groter dan wij (kunnen) inschatten.

5.2 Scenario 1: pleeggezin niet nodig dankzij netwerk

In Scenario 1 worden kinderen niet uithuisgeplaatst, maar kunnen door inzet van het netwerk thuis blijven wonen.

Situatieschets

Pia van 22 jaar heeft een bijstandsuitkering en is alleenstaand met twee jonge kinderen, van 4 en 2 jaar. Ze is momenteel in verwachting van haar derde. Ze heeft een licht verstandelijke beperking en kan de opvoeding niet aan. De kinderen staan sinds een jaar onder toezicht van de Jeugdbescherming, die overweegt of uithuisplaatsing noodzakelijk is, daar tot nu toe de begeleiding, destijds al geboden via het WT, nog geen verbeteringen heeft opgeleverd. Pia kreeg die ondersteuning via het WT wegens problemen met de opvoeding en schulden.
Het gezinsarrangement voor de cliëntgroep 'verstandelijke beperking extramuraal', resultaatgebied 'persoonlijk en sociaal functioneren', intensiteitstrede 'midden', is na de OTS voortgezet door Jeugdbescherming als casus-regisseur. Na ruggenspraak met Pia's maatschappelijk werker heeft de jeugdbeschermer Pia aangemeld voor een EK-c om uithuisplaatsing te voorkomen.

EK-c en taken netwerk

Zowel directe familie (vader, twee broers en een zus) als een goede vriendin en de Jeugdbescherming zijn betrokken bij haar EK-c-plan. Haar familie heeft een schema opgesteld om tweemaal daags polshoogte te nemen middels telefonische en fysieke bezoeken. Jeugdbescherming keurt het plan goed. De familie biedt vooral opvoedkundige hulp, ook helpen ze bij het boodschappen doen en zien erop toe dat de kinderen verantwoorde maaltijden krijgen. Een half jaar na de conferentie is de thuissituatie voor de kinderen dermate verbeterd dat de Jeugdbescherming begonnen is de intensiteit van haar toezicht af te bouwen; de verwachting is dat de ondertoezichtstelling zal kunnen worden beëindigd na een overgangsperiode van 'op afstand meekijken'. De broer van Pia heeft tevens huurtoeslag voor haar aangevraagd, waardoor haar financiële situatie is verbeterd.

Kosten inzet professionele ondersteuning versus netwerk

Dankzij de familie is uithuisplaatsing van de kinderen van 4 en 2 jaar afgewend en is het toezicht van de Jeugdbescherming geëxtensiveerd. Door de toegezegde hulp vanuit het netwerk wordt ook voorkomen dat daarnaast voor Pia zelf het arrangement 'sociaal en persoonlijk functioneren' (resultaatgebied 1b opvoedondersteuning) ingezet zou (blijven) worden ten behoeve van het derde kind dat op komst is, dan wel (indien ook het derde kind uit huis zou worden geplaatst) het reguliere arrangement voor sociaal en persoonlijk functioneren (perceel 'LVB extramuraal').[25]

[25] De terminologie en bedragen zijn ontleend aan de kostenmatrix WMO en kostenmatrix Jeugd, die in de financiële administratie de verbinding vormen tussen de desbetreffende 'Instructies voor WT-medewerkers' (front-office) en het totaal aan bestedingen geplaatst bij zorgaanbieders (via het back-office).

Daarnaast kijken we tevens naar de kosten voor het opstellen van een ondersteuningsplan door het WT, c.q. de kosten van opstelling van een plan van aanpak door de Jeugdbeschermer als casusregisseur, en de kosten voor een EK-c.
In beide gevallen (inzet zorgprofessionals en netwerk) gaan we ervan uit dat de OTS vooralsnog blijft doorlopen en de jeugdbescherming (zij het op afstand) betrokken blijft.

Kosten professionele zorg

Opvang kinderen, optie A: residentiële zorg (basis) kost € 1.135 per week per kind. Bij plaatsing van een jaar zijn de kosten voor 2 kinderen € 118.040. Wij gaan echter uit van de meer waarschijnlijke, en minder kostbare, optie B: opvang in een bestandspleeggezin. Dit kost € 249 per kind per week (voltijd pleegzorg), oftewel in totaal € 25.896 voor twee kinderen gedurende een jaar.

Het arrangement 'Sociaal en persoonlijk functioneren' (intensiteitstrede beperkt/midden, cliëntgroep verstandelijk beperkten extramuraal) kost regulier € 68,19 per week, en € 122,30 voor de gezinsvariant. Aannemende dat deze ondersteuning voor een jaar ingekocht zou worden, kost dit € 3.545,88 (regulier) of € 6.359,60 (gezinsvariant).
Daarbij komen de kosten van het WT voor het opstellen van een ondersteuningsplan. Wanneer daar 2 WT-medewerkers bij betrokken zijn (uurtarief: € 65) en die gemiddeld 10 uur bezig zijn (inclusief voorbereiding en ondertekening), bedraagt dit € 1.300. Aannemende dat de jeugdbeschermer tegen een vergelijkbaar uurtarief, maar alleen handelend, het arrangement zou bestellen, zou een bedrag van € 650 resulteren.
Bij plaatsing in een pleeggezin en verdere professionele begeleiding van dat gezin en van Pia bedragen de totale kosten (op jaarbasis): minimaal € 30.091 (reguliere variant arrangement sociaal en persoonlijk functioneren voor Pia), tot € 32.905 (gezinsvariant, indien derde kind thuis).
De kosten van de OTS-procedure zelf zijn dan nog niet meegerekend.

Kosten inzet netwerk

Het WT (of de jeugdbeschermer bij wie de casusregie komt te liggen) zou voor de familie een vergoeding kunnen aanvragen voor hun ondersteuning. Het betreft dan een informeel PGB voor het resultaatgebied 'ondersteuning en regie bij het voeren van een huishouden', trede 2 complex. De vergoeding bedraagt hier 61% van het bedrag voor Zorg in Natura. Het gaat dan om € 66,10 x 61 % = € 40,32 per week, ofwel € 2.096 per jaar ter vervanging van het arrangement 'Sociaal en persoonlijk functioneren'. Als ook de kosten voor een EK-c (€ 3.000) daarbij worden opgeteld, gaat het om € 5.096.

Berekening besparingen bij inzet netwerk

De landelijk vastgestelde kosten voor pleegzorg (incl. vergoeding voor en begeleiding van het pleeggezin) bedragen € 249 per kind per week, ofwel € 12.948 per kind per jaar. In geval van uithuisplaatsing bij een pleeggezin van beide kinderen gaat het dus om € 25.896.
De kosten verbonden aan inzet van het netwerk bedragen € 5.096 (EK-c gevolgd door PGB informeel voor ondersteuning en regie bij huishouden).
De vraag is wat er gebeurt met het reeds door het wijkteam ingezette gezinsarrangement voor verstandelijk beperkten extramuraal (persoonlijk en sociaal functioneren) ad €122 per week ofwel € 6359 per jaar. In de 'professionele variant' waarin de beide kinderen bij een pleeggezin geplaatst zouden zijn, zou dit arrangement mogelijk vervangen worden door een op Pia toegesneden individuele (reguliere) variant ad € 68 per week ofwel € 3545 op jaarbasis; maar na de geboorte van het derde kind zou toch weer de gezinsvariant geïndiceerd kunnen zijn (of een – nog prijziger – derde plaatsing bij een pleeggezin). We kiezen dan voor de middenweg waarin het derde kind na geboorte (vooralsnog) thuis kan blijven maar waarbij dan het gezinsarrangement wordt voortgezet. Daarmee komt de professionele variant uit op € 32.255 (exclusief de kosten van JB gemoeid met jaarlijkse verlenging).

In de 'netwerkvariant' zijn eveneens twee opties denkbaar. Wanneer het eigen netwerk taken overneemt bij de opvoeding is denkbaar dat ook in dat geval het gezinsarrangement in ieder geval nog enige tijd gecontinueerd zal worden, om te achterhalen hoe een en ander verloopt. In 4 van de 10 casussen waarop dit scenario gebaseerd is, was bij 2e meting inderdaad nog een professionele hulpverlener in beeld. We tellen hier een vijfde respondent bij op, die tijdens de 1e meting eveneens professioneel werd ondersteund maar bij de 2e meting was uitgevallen.
Maar bij de overige 5 van de desbetreffende 10 casussen was in het geheel geen sprake meer van enige professionele hulp. Dus ook die optie dient te worden doorgerekend.

*Tabel 5.1 – Kosten en besparingen jaar 1 Scenario 1– handhaving gezinsarrangement**

	Kosten (€)	**Besparing (€)**
Kosten zonder inzet netwerk:		
Pleegzorg twee kinderen	25.896	
Gezinsarrangement persoonlijk en sociaal functioneren	6.359	
Totaalbedrag	*32.255*	
Kosten met inzet netwerk:		
Netwerksteun met PGB en EKc	5.096	
Gezinsarrangement persoonlijk en sociaal functioneren	6.359	
Totaalbedrag	*11.455*	
Besparing door inzet netwerk		**20.800**

* Exclusief ondertoezichtstelling Jeugdbescherming

Tabel 5.2 – Kosten en besparingen jaar 1 Scenario 1– stopzetting gezinsarrangement

	Kosten (€)	**Besparing (€)**
Kosten zonder inzet netwerk:		
Pleegzorg twee kinderen	25.896	
Gezinsarrangement persoonlijk en sociaal functioneren	6.359	
Totaalbedrag	*32.255*	
Kosten met inzet netwerk:		
Netwerksteun met PGB en EKc	5.096	
Totaalbedrag	*5.096*	
Besparing door inzet netwerk		**27.159**

* Exclusief ondertoezichtstelling Jeugdbescherming

Door inzet van het netwerk voor de ondersteuning van Pia wordt in Scenario 1 dus minimaal € 20.800 bespaard, voor het eerste jaar. Het is echter aannemelijk dat het hier om een langdurige situatie gaat. Elk jaar extra brengt een dergelijke besparing mee, zo lang de kinderen thuis kunnen blijven.

5.3 Scenario 2: taakverdeling tussen zorgprofessional en netwerk

In Scenario 2 neemt het eigen netwerk bepaalde taken over van professionele hulpverlener(s) maar blijven andere taken bij de professional berusten.

Situatieschets

Aad is een man van 27 met een licht crimineel verleden. Als peuter heeft hij ernstig hersenletsel opgelopen met cognitieve en emotionele beperkingen tot gevolg. Mede dankzij zijn vriendin heeft hij zijn leven op de rails gekregen, maar ruim een jaar geleden is zij overleden.
Hij is in een mentale crisis beland, waar hij maar niet uit kan komen. Hij heeft geen overzicht en mist structuur. Hierdoor is hij in financiële problemen geraakt. Omdat Aad (te) vaak te laat of helemaal niet meer op werk verscheen is hij ontslagen en moet nu rondkomen van een bijstandsuitkering. Zijn huis is vervuild. Hij eet slecht en drinkt steeds meer. Hierdoor heeft hij lichamelijke klachten gekregen, waarna hij door een huisarts is doorverwezen naar een psycholoog waar hij eens in de 2 weken op consult komt (gefinancierd vanuit de ziektekostenverzekering). Ook ziet hij 1x per maand de Praktijkondersteuner bij de Huisarts (POH), maar dat alles helpt onvoldoende. De POH heeft hem via de huisarts aangemeld bij het WT. Het WT heeft vervolgens een EK-c ingezet.

EK-c en taken netwerk

Omdat al lang geleden het contact met zijn eigen familie is verwaterd, heeft de EKC-coördinator in andere richtingen moeten zoeken en is er uiteindelijk in geslaagd een EK-c te organiseren met vijf vrienden, de zus van zijn overleden vriendin en een buurvrouw verderop in de straat met wie de vriendin van Aad was bevriend. Zij voelen zich allen eigenaar van het plan, dat erop gericht is om grip op zijn financiën te krijgen, een gezond dagelijks ritme te ondersteunen en zijn huishouden op orde te krijgen en te houden.
Zij hebben zelf 2 informele vervolgbijeenkomsten gehouden en een groepsapp ingesteld, die ze vrijwel dagelijks gebruiken om na te gaan hoe het met Aad gaat en of iedereen zich aan de uitvoering van het plan houdt. Afgesproken is, Aad minimaal een jaar te ondersteunen en daarna zijn situatie te evalueren. Door inzet van het netwerk is geen professionele ondersteuning nodig voor de dagelijkse gang van zaken. Professionele hulpverlening is uitsluitend nog gericht op zijn psychische problemen, waar zijn eigen netwerk de specialistische kennis voor ontbeert.

Kosten inzet professionals versus netwerk

Voor Scenario 2 gaan we uit van ondersteuning voor een jaar, met uitzondering van het grip krijgen op de financiën: voor intensiteitstrede 'tijdelijk intensief' geldt een maximale duur van 3 maanden (13 weken).

Kosten professionele zorg

Zonder het eigen netwerk zouden hoogstwaarschijnlijk op perceel WMO, cliëntgroep 'Lichamelijk beperkten Niet aangeboren hersenletsel (NAH)' de volgende arrangementen worden ingekocht:

a. 'Sociaal en persoonlijk functioneren', intensiteitstrede 'midden' (€ 113,65 per week): € 5.909,80
b. 'Ondersteuning en regie bij voeren huishouden', intensiteitstrede '1 complex' (€ 52,33 per week): € 2.721,16
c. 'Ondersteuning zelfzorg en gezondheid', intensiteitstrede 'beperkt' (€ 45,46 per week): € 2.363,92
d. 'Financiën', intensiteitstrede 'tijdelijk intensief' (€ 181,84 per week met maximale duur van 3 maanden): € 2.363,92.

Inclusief de kosten voor het ondersteuningsplan (€ 1.300) zou het totaal op € 14.658,80 komen (voor jaar 1).

Kosten inzet netwerk
Voor de ondersteuning vanuit het netwerk kan PGB informeel worden aangevraagd. Indien dit daadwerkelijk gedaan zou worden voor alle 4 genoemde resultaatgebieden, dan gelden percentages van 48,3 % van het ZIN-tarief (bij a.), 61 % (bij b.), en weer 48,3 % (bij c. en bij d.). De kosten hiervan zouden maximaal € 6799 bedragen. Als ook de kosten voor een EK-c (€ 3.000) daarbij worden opgeteld, gaat het in totaal om € 9799.

Besparingen bij inzet netwerk
De besparingen die de inzet van het eigen netwerk opleveren ten opzichte van het alternatief van volledige professionele ondersteuning bedragen € 14.658 -6799 -3000 = € 4859.
De kosten van de POH en de gespecialiseerde psychologische zorgverleners zijn voor de zorgverzekeraar en blijven daarmee buiten beeld.

Tabel 5.3 – Kosten en besparingen jaar 1 Scenario 2

	Kosten (€)	**Besparing (€)**
Kosten zonder inzet netwerk:		
Arrangement 'Sociaal en persoonlijk functioneren' (midden)	5.909,80	
Arrangement 'Ondersteuning en regie bij voeren huishouden' (complex)	2.721,16	
Arrangement 'Ondersteuning zelfzorg en gezondheid' (beperkt)	2.363,92	
Arrangement 'Financiën' (tijdelijk intensief)	2.363,92	
Kosten ondersteuningsplan	1.300,00	
Totaalbedrag	*14.658,80*	
Kosten met inzet netwerk:		
PGB 'Sociaal en persoonlijk functioneren' (48,3%)	2.854,43	
PGB 'Ondersteuning en regie bij voeren huishouden' (61%)	1.659,91	
PGB 'Ondersteuning zelfzorg en gezondheid' (48,3%)	1.141,77	
PGB 'Financiën' (48,3%)	1.141,77	
EKc	3.000	
Subtotaal	*9.797,88*	
Besparing door inzet netwerk		**4.860,92**

Een bijzondere variant waarbij netwerk en professional taken verdelen vormt het bankslaperscenario. Ook deze problematiek kwamen we zowel in de EKC-groep als in de WT groep meerdere malen tegen. Het gaat steeds om personen die geen dak meer boven hun hoofd hadden omdat men uit zijn of haar huurwoning is gezet wegens te hoog opgelopen huurachterstand, die weer het gevolg was van verlies aan werk, scheiding van een partner, schulden, verslavingsproblematiek en/of (andere) psychische problemen. Men heeft echter iemand in het eigen netwerk bereid gevonden om voor enige tijd onderdak te verlenen; bij de WT-groep was dit meestal al gebeurd op eigen initiatief (de WT-medewerker zelf doet niet vaak een beroep op het netwerk, zoals we zagen). In de EKC-groep kwam een dergelijke regeling vaak tot stand als uitvloeisel van een conferentie. In ieder geval genereert zo'n constructie een besparing op de kosten van huisvesting en begeleiding van daklozen. Daar staat tegenover dat het veelal de professional is die een 'vast' administratief adres moet

regelen om het aanvragen van een bijstand-uitkering bij Werk & Inkomen mogelijk te maken. Dat kan een begin van herstel van de financiële zelfredzaamheid inluiden.

Een gekende complicatie kan ontstaan wanneer ook de gastheer of gastvrouw een bijstand uitkering ontvangt (wat vaak het geval is).
Omdat het aantal zaken dat in het scenario 'Bankslapers' valt (4 totaal) betrekkelijk gering is in vergelijking met de frequentie van de andere scenario's hebben we hier van doorberekening afgezien.

5.4 Scenario 3: toch een ouderschapsplan dankzij het netwerk

In Scenario 3 komen de twee partijen in een vechtscheiding, dankzij de tussenkomst van het netwerk toch tot een ouderschapsplan/omgangsregeling.

Situatieschets
Esin en Mo hebben 2 kinderen, van 3 en 5 jaar. Zij zijn getrouwd maar intussen uit elkaar, waarbij Esin onder meer de huisarts vertelt over psychisch huiselijk geweld jegens haar. Ze maakt een verwarde indruk, en lijkt ook zeer gestrest door de voorbereiding van de echtscheidingsprocedure. Afspraken over de kinderen zijn nog niet gemaakt. De kinderen wonen nu hoofdzakelijk bij hun moeder Esin en zijn af en toe een avond tot een paar dagen bij hun vader Mo, maar die heeft sinds een paar maanden een nieuwe relatie met Fatima. Zij pusht de vader om de kinderen vaker bij hen te laten zijn. Er is sprake van rivaliteit tussen Esin en Fatima, waarbij sinds kort sprake is van escalatie omdat Fatima vindt dat het ouderlijk gezag uitsluitend toekomt aan Mo, de vader van de kinderen.

De kinderen worden door de spanningen voor Esin vrijwel onhandelbaar. De advocaat van Esin vermoedt dat Fatima zal proberen in de procedure Esin als psychiatrische patiënt af te schilderen en zo het gezag over de kinderen geheel aan haar partner toegewezen te krijgen. Naar verluidt probeert Fatima ook met dat verhaal bij de Jeugdbescherming voet aan de grond te krijgen. De advocaat weet dat er sowieso een ouderschapsplan opgesteld zal moeten worden om de echtscheiding er door te krijgen, en dat dit ook kan helpen de gemoederen weer tot bedaren te brengen. Dan moeten Mo en Esin wel eerst tot rede worden gebracht worden via hun beider families. De advocaat meldt daarom Esin aan voor een EK-c.

EK-c en taken netwerk
Onder dreiging van verdere escalatie, een stagnerende echtscheidingsprocedure en het risico van onder toezichtstelling van de kinderen hebben alle partijen ingestemd met een EK-c. Daarbij is gezocht naar twee planbewakers: één vertrouweling van de moeder en één vertrouweling van de vader. Randvoorwaarde daarbij was dat ze wel op de hoogte waren van het conflict, maar er verder zelf niet bij betrokken waren. Tijdens de EK-c was neutralisering van de onruststokers belangrijk, zodat er in relatieve rust een familieplan, dat tevens als ouderschapsplan zou kunnen gelden, kon worden opgesteld. Afgesproken werd dat het ouderlijk gezag over de kinderen geheel bij moeder Esin zou komen te liggen. Daaraan werd een goede omgangsregeling verbonden ten behoeve van vader Mo.
Mo heeft nu, dankzij de geslaagde EK-c en het daaruit voortgekomen plan, zekerheid hoe vaak en hoe lang de kinderen bij hem mogen zijn. Esin heeft nu minder stress omdat ze niet bang hoeft te zijn dat zij het ouderlijk gezag zal kwijtraken. De twee planbewakers monitoren of beide partijen zich aan de afspraken houden, waardoor de Jeugdbescherming geen OTS hoefde te vragen.

Kosten inzet professionals versus netwerk

De EK-c heeft tot gevolg gehad dat er een stabiele en veilige thuissituatie is gecreëerd voor de kinderen. Daarmee werd interventie door de Jeugdbescherming voorkomen. Ook is door de EK-c de inzet van een professionele mediator niet nodig, omdat onder toeziend oog van de beide families meteen een ouderschapsplan is opgesteld. Tevens is gebleken dat de stabielere thuissituatie een positief effect heeft op de ontwikkeling van de kinderen. Daarbij heeft de minder stressvolle situatie een gunstig effect op de geestesgesteldheid van de moeder, met een vermindering van de psychische klachten tot gevolg en verbeterde capaciteit goede zorg te verlenen aan haar kinderen.

Kosten professionele zorg

Bij blijvende ruzies zou zeer waarschijnlijk een arrangement zijn ingezet voor het resultaatgebied 'opvoedondersteuning voor ouders', intensiteit midden/intensief, kosten: € 412 per week (categorie 'ambulante hulpverlening in thuissituatie'; jeugd).

Voor Esin zou, met haar psychische problematiek gekoppeld aan de verhalen over huiselijk geweld, binnen de WMO cliëntgroep 'GGZ MO extramuraal' een arrangement voor het resultaatgebied 'sociaal en persoonlijk functioneren', trede 'midden' worden ingezet; kosten: € 136,80 per week.

Aannemende dat het zonder EK-c ongeveer drie maanden zou hebben gekost om een ouderschapsplan op te stellen, zouden de kosten € 7.134,40 bedragen.
Inclusief de kosten voor een ondersteuningsplan vanuit het WT komt het totaal op € 8.434. Daarnaast kost een professionele mediator voor het opstellen van een ouderschapsplan de betrokkenen ongeveer € 3.000.[26] Deze kosten en de kosten voor de eventuele geestelijke gezondheidszorg zijn echter niet relevant voor de Gemeente en blijven verder buiten beeld.

Kosten bij inzet netwerk

In deze situatie ligt een PGB informeel niet voor de hand, gezien de taken van het netwerk. Daarom worden alleen de kosten voor een EK-c (€ 3.000) mee genomen.

Besparingen bij inzet netwerk

De besparingen die de inzet van het eigen netwerk opleveren voor de Gemeente bedragen minimaal € 5434, aangezien aannemelijk is dat de stabielere thuissituatie een positief effect heeft op de ontwikkeling van de kinderen en de geestelijke gesteldheid van de moeder. Ook blijven de kosten van mediation en eventuele geestelijke gezondheidszorg in deze berekening buiten beeld.

[26] Bron: Vereniging Familierecht Advocaten Scheidingsbemiddelaars (VFaS).

Tabel 5.4 – Kosten en besparingen jaar 1 Scenario 3

	Kosten (€)	Besparing (€)
Kosten zonder inzet netwerk:		
Arrangement 'Opvoedondersteuning voor ouders' (midden/intensief)	5.356,00	
Arrangement 'Sociaal en persoonlijk functioneren' (midden)	1.778,40	
Kosten ondersteuningsplan	1.300,00	
Totaalbedrag	*8.434,40*	
Kosten met inzet netwerk:		
EKc	3.000	
Totaalbedrag	*3.000*	
Besparing door inzet netwerk		**5.434,40**

5.5 Afronding

Uiteraard zijn de bovenstaande scenario's niet generaliseerbaar voor de gehele Rotterdamse populatie van zorgvragers. Een probleem is, en dat geldt voor al het bestaande onderzoek op dit terrein, dat we geen betrouwbaar beeld hebben van de 'baseline' van alle (potentiële) zorgvragers en hun problematiek.

Er vinden cumulatief (zelf-)selectieprocessen plaats waaruit de uiteindelijk onderzochte groep respondenten resulteert. We zien echter wel dat onder de 'geldige' respondenten (in beide groepen) in dit onderzoek, patronen zichtbaar worden zoals boven omschreven, waarbij ofwel het netwerk formele plaatsing in een pleeggezin voorkómt (jeugdveiligheid), ofwel huishoudelijke en administratieve taken op zich neemt bij volwassenen of zelfs voor (tijdelijke) huisvesting zorgt, ofwel ervoor zorgt dat een vechtscheiding toch leidt tot heldere afspraken ten aanzien van omgang met de kinderen (huiselijke relaties, opvoedondersteuning). We zagen in Hoofdstuk 3 dat juist op deze gebieden de inzet van het netwerk tot de grootste afname van problemen leidt. Die kwantitatieve informatie is op meer casussen gebaseerd dan alleen die welke tot de bovenstaande scenario's hebben geleid. De genoemde problemen komen immers ook in andere combinaties voor. Die bevinding en de bovenstaande scenario's in onderlinge samenhang bezien, versterken het vermoeden dat op deze probleemgebieden de meeste winst door netwerk inzet valt te behalen, en ook op welke wijze dat vaak in z'n werk zal gaan.
Volledigheidshalve moet nog worden vermeld dat het professionele functioneren van de WTs als zodanig al eerder op kostendimensies werd geanalyseerd, met name in de door ECORYS samengestelde maatschappelijke business case. Interessant is dat in die studie een vergelijking met de situatie van voor de transitie een besparing laat zien, vooral als gevolg van de nieuwe manier van werken (Spit 2016). Deze bevinding lijkt enigszins uit beeld geraakt te zijn door de recente studie van het Centraal Planbureau dat op toenemende kosten aan specialistische hulpverlening (2^{e} lijns zorg) stuitte. Deze bevinding heeft geleid tot discussies over een zogenoemd 'boeggolf effect' op de zorgvraag, dat gepaard zou gaan met een meer zichtbaar zorgaanbod in de buurt (CPB 2019).

Specifiek over de *fase* waarin netwerksteun (al dan niet via het WT) ingezet zou moeten worden om maximale besparingen op te leveren, kan verschillend gedacht worden.

Men zou wellicht geneigd zijn te zeggen: ‘zo vroeg mogelijk’. Zoals hierna, in hoofdstuk 6 zal blijken, is dat naar de letter der wet ook de bedoeling, maar de praktijk laat soms een ander geluid horen.

6. Slimme sturing? Budgettering en regulering

6.1 Inleiding

In de inleiding bij dit rapport werd al verwezen naar het NWO Slimme sturing programma, waarbinnen dit project werd gefinancierd. Dit programma beoogt de wetenschap te laten meedenken over een oplossing van ingewikkelde, ongestructureerde problemen (in de bestuurskunde bekend als '*wicked problems*') waarmee publieke en private instellingen worstelen. Kenmerk van zulke *wicked problems* is dat er noodzaak gevoeld wordt tot handelen, maar dat specifieke kennis vereist is die echter ontbreekt of beperkt is, of over de strekking waarvan de deskundigen het oneens met elkaar zijn. Zelfs over de waarden die nagestreefd zouden moeten worden bestaat verdeeldheid. Bij zulke complexe beleidscontroversen kan de overheid niet volstaan met een routinematige, bureaucratische aanpak. Maar ook aan uitbesteding aan marktpartijen blijken veelal grote nadelen te kleven. Een trend is dat aansluiting wordt gezocht bij initiatieven van onderop van (groepen van) burgers of maatschappelijke organisaties. Het gevolg is dat vaak hybride vormen van sturing tot stand komen, overigens niet alleen in het sociale zorgdomein, maar ook in andere sectoren, zoals bijvoorbeeld ruimtelijke ordening en milieu. In het sociale domein zien we een samenspel van ten minste vier systemen: overheidssturing (*bureaucratic governance*), waar regels worden uitgevaardigd en budgetten vastgesteld; marktwerking (*market governance*), waar gemeenten gewenste zorg aanbesteden en zorgaanbieders gedwongen worden tot competitieve prijsstelling; professionele sturing (*clinical governance*) door zorgprofessionals die zorgvragen van burgers duiden, en daartoe effectieve hulpverlening inzetten; en zelfsturing (*self-governance*) door burgers, families en hun sociale netwerken, waar deze zelf plannen maken en/of steun vanuit het netwerk regelen, al dan niet na professionele aansporingen daartoe.

Bestuurskundigen stellen dat zulke hybride samenwerkingsvormen voordelen kunnen hebben, onder meer omdat de mensen om wie het gaat zelf betrokken raken en een stem krijgen. Maar nadelen zijn ook gesignaleerd: actoren met traditioneel vèrstrekkende bevoegdheden (de overheid, professionals) moeten die macht leren delen, en dat vergt een andere *mindset*. Ook bestaat vrees voor kostbare 'ruis' door extra overleg (transactiekosten) en een gebrek aan transparantie. Wanneer iedereen met iedereen overlegt is niemand meer echt verantwoordelijk, terwijl eenduidige criteria (waaronder gelijke behandeling van gelijke gevallen) sneuvelen in de beslotenheid van *ad hoc* arrangementen (Bevir, 2009). Wanneer men dit soort nadelen, en meer algemeen de zwakke kanten van iedere afzonderlijke benadering zou kunnen neutraliseren en de sterke kanten behouden tegen minimale kosten, dan zou men, door zo'n intelligente synergie, van 'slimme sturing' kunnen spreken.

6.1.1 De beleidstheorie achter de zorgtransitie

Kan, terugkijkend op het hier beschreven onderzoek, gezegd worden dat hier sprake is van dergelijke slimme sturing? De beleidstheorie achter de zorgtransitie was, dat eigen netwerkkracht de autonomie van burgers en de maatschappelijke cohesie bevordert, en (daardoor) zorguitgaven een stuk verlaagt. Verder zou in beginsel bij iedereen voor alle soorten problemen een beroep kunnen worden gedaan op een eigen netwerk, wanneer men als (gemeentelijke) overheid maar snel bij zorgvragers 'achter de voordeur' zou gaan kijken.

In ieder geval zien we dat professionele hulpverlening en ondersteuning vanuit het eigen netwerk bij de meeste zorgvragers *beide* in beeld zijn. Wel bleek dat beide vormen van hulp vaak los van elkaar geboden worden. Vooral de WTs lijken zelden het overleg met netwerkleden te zoeken en met deze af te stemmen, hoewel de WT-medewerkers dit wel belangrijk vinden (zie Hoofdstuk 4).

Bij de EK-c's is het betrekkelijk vaak de professional die een zorgvrager aanmeldt, maar uit signalen van respondenten blijkt dat deze vervolgens lang niet altijd aanwezig zijn tijdens de conferentie (hoezeer daar ook begrijpelijke redenen voor mogen zijn, zoals aangestipt door de EKC-coördinatoren).
Al met al lijkt de belofte van een echt gezamenlijke zorgregie – *collaborative governance* – nog lang niet gerealiseerd te zijn. Factoren die netwerk en professional naar elkaar toe laten bewegen, zoals de erkenning dat de cliënt c.q. patiënt gehoord dient te worden en in te stemmen met wat hem of haar raakt, staan haaks op factoren met een tegenovergestelde werking, zoals het gebrek aan vertrouwen over en weer (burger in professional, maar evenzeer professional in burger). Wat Sennett ooit al opmerkte: de gemeenschap kan niet echt gespecialiseerde hulp overnemen; sociaal werk vereist toch wel specifieke vaardigheden (Buurtwijs.nl, 2016). De beroepsattitude zal toch vaak zijn, dat men – zeker ten opzichte van de kwetsbare zorgvrager – een grote verantwoordelijkheid voelt, en draagt.
Spanningen zijn in Hoofdstuk 4 in kaart gebracht. Cliënten vertonen soms strategisch gedrag (vooral gebrek aan openheid). Maar professionals zitten ook met het dilemma dat zij de cliënt vrijwillig moeten zien 'mee te krijgen' voor een behandeling en hun vertrouwensband niet op het spel willen zetten door de cliënt te zeer tegen de haren in te strijken, bijvoorbeeld door over het netwerk door te blijven vragen.

Bovenal lijkt de professional tijdgebrek te hebben. Zoals Bredeveld c.s. al aangaven, riskeert men nog meer tijd te moeten investeren naarmate men er 'meer netwerk bij haalt' (Bredeveld e.a., 2016). In dit licht wordt duidelijk waarom de WT-medewerkers meestal aangaven het netwerk niet te willen mobiliseren wanneer de problematiek te complex is.

6.1.2 Effectiviteit en legitimiteit

Maar kan de professional met een dergelijk criterium – 'niet willen' wellicht wegens 'niet kunnen' – volstaan? Hier openbaart het *wicked* karakter van de sociale problematiek zich in volle omvang. Allereerst: er is zoals in Hoofdstuk 3 bleek, vrijwel steeds sprake van multiproblematiek. Niettemin wordt in de EKC-groep daarvoor toch netwerksteun ingezet. De kennis omtrent het soort problemen waar dit wel en waarbij dit niet mogelijk is, is nog steeds te beperkt (ofschoon door voortschrijdend onderzoek wellicht iets minder beperkt dan voorheen, met alle nodige voorbehouden daarbij). Naarmate de kennis omtrent effectiviteit van netwerksteun bij complexe problematiek toeneemt, zal een professional minder op de eigen aannames hoeven, en mogen, vertrouwen.
Maar dan is er nog een waarde probleem, of een vraagstuk van legitimiteit zo men wil, dat samenhangt met regelgeving. Naast budgettering vormt regulering het belangrijkste sturings*instrument* bij de zorgtransitie. Het gaat dan enerzijds om het recht op een 'Familiegroepsplan' dat in de Jeugdwet 2015 werd opgenomen, en het recht om een 'Eigen plan' te maken in de WMO 2015. Anderzijds wordt professionals en zorgvragers in dezelfde wetgeving een bijna-plicht opgelegd om eerst het potentieel aan eigen netwerkkracht te mobiliseren (voor zover mogelijk) alvorens een beroep te doen op de gemeentelijke voorzieningen op deze gebieden.

Dit eindrapport kan uiteraard niet voorbij gaan aan de belangrijkste sturingsinstrumenten die voor de zorgtransitie zijn ingezet, en de belangrijke juridische component wordt hier dan ook eerst besproken. We beperken ons daarbij tot het recht op een Familiegroepsplan in de Jeugdwet, omdat dit het meest gecompliceerd is.

6.1.3 Het recht op een Familiegroepsplan

In de oude Wet op de Jeugdzorg had een zorgvrager *recht op zorg* zodra de professional van het provinciale Bureau Jeugdzorg een indicatie had afgegeven. Die indicatie gold tevens als appellabel besluit, zodat daarmee in geval van weigering meteen een ingang bij de rechter werd geboden.

De nieuwe Jeugdwet 2015 is daarentegen gebaseerd op een *algemene jeugdhulpplicht* voor de gemeenten. Bovendien is die plicht geconditioneerd: art. 2.3. bepaalt dat op gemeenten alleen dan een jeugdhulpplicht rust, wanneer het probleemoplossend vermogen van de zorgvrager zelf niet toereikend is. Hier klinkt de filosofie van de primaire eigen verantwoordelijkheid het meest duidelijk door, en deze bepaling was van meet af aan in het ontwerp voor de nieuwe Jeugdwet opgenomen.
Wanneer men dan zelf verantwoordelijkheid *moet* nemen, hoort daar ook zeggenschap bij. Via een amendement Voordewind (CU) werd daarom in het wetsvoorstel ingevoegd: 'het recht op een Familiegroepsplan'.
De wet definieert in art. 1.1. een Familiegroepsplan als:

Tekstbox 6.1: Wettelijke status Familiegroepsplan

[…] een hulpverleningsplan of plan van aanpak opgesteld door de ouders, samen met bloedverwanten, aanverwanten of anderen die tot de sociale omgeving van de jeugdige behoren.

Interessant aan deze definitie is dat de professionele zorgverlener nadrukkelijk *niet* wordt genoemd. Het amendement Voordewind lijkt dus duidelijk geïnspireerd door het Nieuw-Zeelandse model van de FGC, waar de *private family time* de eigen regie van de familie c.q. het netwerk borgt.
Dit is, zo bleek in Hoofdstuk 1, ook het model dat sinds 2000 in Nederland gepropageerd wordt door de Eigen Kracht Centrale. Dat de professionele hulpverlening, evenals in Nieuw-Zeeland, vervolgens zou moeten aansluiten op het plan dat de familie zelf heeft opgesteld, valt te lezen in art. 2.1 van de Jeugdwet:

Tekstbox 6.2: Aansluiting professionele hulpverlening op Familiegroepsplan

Het gemeentelijke *beleid* inzake preventie, jeugdhulp, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering en de *uitvoering* daarvan is gericht op [….]:
g. het *tot stand brengen en uitvoeren* van familiegroepsplannen en het verlenen van hulp op basis van familiegroepsplannen.

De termen 'uitvoeren' en 'op basis van' zijn hier cruciaal, maar verwarrend is het actieve werkwoord 'tot stand brengen'. De suggestie wordt gewekt dat de Gemeente zo'n plan tot stand brengt. Bedoeld lijkt hier echter te zijn: 'ruimte bieden voor'. Wanneer moet de overheid c.q. de zorgprofessional nu ruimte bieden voor uitoefening van dit recht, en is die ruimte onbeperkt?

Art. 4.1.2 van de Jeugdwet brengt hier enkele nuances aan: [bij het verlenen van verantwoorde hulp] en indien sprake is van vroege signalering van opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, biedt de jeugdhulpaanbieder of de gecertificeerde instelling *als eerste de mogelijkheid* om binnen een redelijke termijn een Familiegroepsplan op te stellen. Het recht op een Familiegroepsplan vervalt wanneer het gezag van de ouders beëindigd is (dan is er immers geen directe familie met zeggenschap); maar ook blijkt uit deze bepaling dat de familie dit recht niet *hoeft* uit te oefenen, en dat in zo'n geval de professional weer in beeld komt.

Het bezigen van de termen 'jeugdhulpaanbieder' en 'gecertificeerde instelling' naast elkaar geeft al aan dat in Nederland, anders dan in Nieuw-Zeeland, het recht op het Familiegroepsplan niet alleen kan worden ingeroepen in het gedwongen kader van de jeugdzorg, waar de overheid zich via de jeugdbescherming en de Raad voor de Kinderbescherming in haar toezichthoudende rol manifesteert, met dreigende ondertoezichtstellingen en uithuisplaatsingen. In Nederland kan een dergelijk recht op een eigen plan ook worden ingeroepen in het vrijwillige kader, waar de zorgvrager zelf een beroep doet op publiek bekostigde voorzieningen en de overheid zich dus in haar rol als subsidiënt manifesteert.
De Jeugdwet beslaat ook dit laatste domein en dit verklaart meteen waarom aan de zorgvrager (en zorgprofessional) ook een *bijna-plicht* is opgelegd om waar mogelijk eerst de eigen netwerkkracht aan te boren. Die plicht ontbreekt in de Nieuw-Zeelandse wetgeving, met zijn toespitsing op de jeugdbescherming.

Dat hier 'plicht' en 'recht' *dezelfde* prestatie betreffen (te weten: inschakeling van het eigen netwerk) is eigenaardig, daar recht en plicht normaliter elkaars complement vormen. Voorbeeld: het recht voor een koper om na een gesloten koopovereenkomst een product geleverd te krijgen correspondeert met een plicht voor die koper om in ruil daarvoor een geldbedrag te overhandigen aan te verkoper.
De verklaring voor de eigenaardige 'gelijkgerichtheid' van recht en plicht bij het familiegroepsplan is dat het *recht* betrekking heeft op hulpverlening in het verplichte kader (de overheid als interveniënt) en de *plicht* op hulpverlening op hulpverlening in het vrijwillig kader (de overheid als subsidiënt). Dat neemt niet weg dat met het recht voor burgers om een familiegroepsplan te maken ook een complementaire plicht voor de overheid correspondeert om de uitoefening van dat recht te respecteren.

Men kan zich afvragen of een burger die juist publiek bekostigde hulp zoekt, ooit een beroep zal doen op het eigen netwerk. Deze mogelijkheid bestaat echter zeker; daarbij kan vooral aan de persoonsgebonden budgetten (in plaats van 'zorg in natura') gedacht worden. Enerzijds kan de zorgvrager het oog hebben op het inhuren (met een formeel PGB) van een andere vorm van professionele zorg dan de professional voor ogen staat. Anderzijds is ook denkbaar dat de zorgvrager hoopt met een informeel PGB de hulp te kunnen vergoeden die vanuit de eigen familiekring wordt geboden.

In een *factsheet* over het Familiegroepsplan heeft de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) nog het volgende verduidelijkt, met name over de beleidsplicht die krachtens art. 2.1 Jeugdwet op de gemeenten rust.

Tekstbox 6.3: Beleidsplicht gemeenten krachtens art. 2.1 Jeugdwet

Gemeenten zijn verplicht burgers te wijzen op de mogelijkheid om een Familiegroepsplan op te stellen, het opstellen van een Familiegroepsplan te bevorderen/te faciliteren, en de mogelijkheid te bieden om hulp te verlenen op basis van het Familiegroepsplan.

De 'gemeentelijke toegang' (WT en CJG) maar ook (specialistische) jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen hebben de plicht om gezinnen de mogelijkheid te bieden om een Familiegroepsplan op te stellen.

De werkingssfeer van art. 2.1 wordt dus nadrukkelijk doorgetrokken naar de WTs.
Ook verduidelijkt de VNG dat de jeugdbeschermer en de jeugdhulpverlener aan een plan voorbij kunnen gaan wanneer sprake is van concrete bedreigingen in de ontwikkeling van het kind of anderszins de belangen van het kind geschaad worden. Daarentegen is de

kinderrechter die verzocht werd een machtiging tot (gesloten) uithuisplaatsing te verlenen verplicht om gelegenheid tot het opstellen van een Familiegroepsplan te bieden.
Het VNG *Factsheet* benadrukt dat de opgelegde beleidsplicht de gemeenten vrij laat te kiezen op welk wijze zij Familiegroepsplannen wensen te faciliteren. De VNG onderscheidt zelf drie vormen:

1. De familie stelt geheel zelf een plan op, daarbij eventueel gebruik makend van een digitaal 'tool'; bijvoorbeeld; web.samen1plan.nl;
2. De familie wordt bij het zelf opstellen van een plan (en het mobiliseren van het eigen netwerk) ondersteund door een onafhankelijke derde/coördinator. Dit is het model van de EK-c's;
3. De familie wordt ondersteund door een zorgprofessional, waarbij de professional het familieberaad (bege-)leidt.

6.1.4 Onbekendheid met het recht op een Familiegroepsplan

Het nieuwe recht op een Familiegroepsplan vormt samen met de bijbehorende verplichtingen dus geen eenvoudige materie. Zorgvragers in zowel de EKC-groep als in de WT-groep zijn - tijdens de 2e ronde interviews - gevraagd naar hun bekendheid met dit recht. Daarnaast zijn ook de WT-medewerkers en de EKC-coördinatoren hiernaar gevraagd. Het wekt wellicht geen verwondering dat de respondenten in de EKC-groep *en* in de WT-groep unaniem aangaven *nog nooit* van dit recht gehoord te hebben. Meer verbazing wekt de uitkomst dat ook de overgrote meerderheid van de zorgprofessionals in de Wijkteams aangaf *niet* met dit recht bekend te zijn. Zoals we hierboven (Tekst box 6.3) zagen heeft immers juist ook het Wijkteam de plicht om ruimte te bieden aan hulpvragers die zich op dit recht beroepen.

6.1.5 De strekking van de gemeentelijke beleidsplicht

Laat de beleidsplicht inderdaad zoveel vrijheid aan de gemeenten om op de wijze die hen goeddunkt het daadwerkelijk gebruik van dit recht te faciliteren en te bekostigen?
Sommige gemeenten zouden denken te kunnen volstaan met uitsluitend de derde variant: Wijkteamprofessionals worden toch al betaald, dus die kunnen het overleg met familienetwerken 'er wel bij doen'.
Ons lijkt echter dat gemeenten in ieder geval verplicht zijn om ook de beide andere genoemde varianten te faciliteren en te bekostigen. De facto zal het dan vooral gaan om de variant waarbij de gemeente een begeleiding door een onafhankelijke coördinator faciliteert. Inherent aan de *aard* van het recht op een Familiegroepsplan is dat de familie zelf een keuze kan maken en hiervoor niet *a priori* afhankelijk mag worden gemaakt van een professionele hulpverlener van wie men al afhankelijk is. Dit volgt ook uit de omschrijving in art. 1.1. van de Jeugdwet, waar de professional nadrukkelijk *niet* genoemd wordt.

Deze interpretatie (keuze ligt bij familie) vloeit ook voort uit de positieve zorgplicht voor de overheid onder Art. 8 (recht op een gezinsleven) van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), en uit Art. 17 en 23 van het VN-verdrag inzake Burgerlijke en Politieke Rechten (BuPo Verdrag, idem). Bij hulpverlening in het gedwongen kader vermengt deze zorgplicht zich zelfs met een negatieve onthoudingsplicht.
Het VN Comité belast met de handhaving van het BuPo Verdrag heeft al eens uitgesproken dat een uithuisplaatsing geen inbreuk op het Verdrag vormde nu hierbij alle zorgvuldigheid was betracht, waaronder een *Family Group Conference* ondersteund door een onafhankelijke coördinator, waarin het netwerk had aangeboden een aantal kinderen onder haar hoede te willen nemen (*Margaret Buckle v. Nieuw Zeeland*).[27]

Vlemminx heeft over het fenomeen 'beleidsplicht' opgemerkt dat een dergelijke verplichting in Nederland vaak als niet in rechte afdwingbaar wordt gezien, maar dat internationale

[27] CCPR Committee Communication No. 858/1999.

rechtscolleges (zoals het Europese Hof voor de Rechten van de Mens) andersom redeneren: uitgangspunt is een concrete verzekeringsplicht ten opzichte van het individu, en als logisch vervolg daarop heeft de overheid een beleidsplicht om de zaken zo te regelen dat het individu niets tekort komt (Vlemminx, 2003).

Daar komt bij dat het recht op een Familiegroepsplan als zodanig ten overstaan van de rechter kan worden ingeroepen. Dit gebeurt ook met enige regelmaat (zij het niet vaak), vooral in het verplichte, maar soms ook in het vrijwillige kader. Waar bij de invulling van de *voorzieningenplicht* lokale inkleuring en verschillen zijn toegelaten, ontbreekt een dergelijke beleidsvrijheid ten aanzien van het *recht* op een familiegroepsplan. Op gemeenten rust de plicht alle landelijk erkende wijzen waarop dit recht kan worden verwerkelijkt ook daadwerkelijk te faciliteren daar anders rechtsongelijkheid zou ontstaan.
Wel zouden de gemeenten de mogelijkheid hebben om dan bij ieder der genoemde varianten (nu zij immers voor *alle* varianten een bekostigingsplicht hebben) aanbieders te selecteren die aan bepaalde prijs/kwaliteitverhoudingen voldoen, net als zorgprofessionals. Overigens zou dan ook hier een overgangsperiode in acht genomen moeten worden omwille van de continuïteit.

6.1.6 De rechter spreekt: de zorgprofessional wordt poortwachter

Het juridische verhaal blijkt nog ingewikkelder. Om te weten wat een toegekend recht in de werkelijkheid betekent moet men achterhalen of, en door wie, het ingeroepen wordt; en ook wie de potentiële adressaten zijn en welke barrières die in de praktijk ontmoeten.
Men kan deze zoektocht beginnen bij gepubliceerde rechterlijke uitspraken. Gezocht kan worden op de term Familiegroepsplan en dat leverde eind 2017 al een kleine 20 treffers op. Enerzijds zijn er een aantal uitspraken van de *civiele rechtspraak*, sector familie- en jeugd (rechtbanken en hoven). Hier roepen ouders het recht op een Familiegroepsplan in om een dreigende (continuering van) uithuisplaatsing af te weren. Het patroon dat uit deze uitspraken naar voren komt is dat de rechter doorgaans de gecertificeerde instelling (GI) volgt, in haar professionele oordeel – vaak gesteund door een rapportage van de Raad voor de Kinderbescherming – dat het gezin c.q. de familie in ruimere zin niet de capaciteit heeft om de jeugdige in kwestie veilig te laten opgroeien.
Anderzijds is er de categorie van *bestuursrechtelijke uitspraken* (door Rechtbanken of Centrale Raad van Beroep).[28] We zagen dat de algemene jeugdhulpplicht voor de gemeenten blijkens art. 2.3 van de Jeugdwet *geconditioneerd* is: slechts wanneer het probleemoplossend vermogen van de zorgvrager burger zelf *niet* toereikend is, moet de gemeente (in casu vaak het Wijkteam) bezien of er een voorziening moet worden toegekend. Waar in de zaken voor de civiele rechter (sector familie en jeugd) overheidsinterventie wordt *afgeweerd*, wordt bij de bestuursrechter door de overheid gesubsidieerde hulp *juist gezocht* door families. In deze zaken valt op dat het accent doorgaans ligt op de jeugdhulpplicht van de gemeente: een gezin dat eerst zorg kreeg op basis van een indicatiestelling, ziet plotseling die (publiek bekostigde) zorg beëindigd worden. Gemeenten beëindigen eerder verleende hulp om diverse redenen, maar het meest interessant zijn die uitspraken waarin eerder toegekende professionele steun teruggedraaid wordt omdat de gemeente van oordeel is dat de familie het zelf wel op kan lossen.

Toonaangevend is hier de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep inzake de Gemeente Steenwijkerland. Hier berustte de beëindiging van de hulp aan een jongere met psychische problemen op een advies van een casemanager bij het Centrum Jeugd en Gezin, dat de moeder van deze jeugdige in staat is gebleken om de nodige ondersteuning en structuur te geven. De afwijzende beslissing op bezwaar vindt geen genade bij de Centrale Raad.

[28] ECLI:NL:CRvB: 2017: 1477 (Steenwijkerland).

De Raad formuleert voor dergelijke zaken een beoordelingskader dat als volgt kan worden samengevat:

- eerst dient de gemeente, wanneer een jeugdige of een ouder zich meldt met een verzoek om jeugdhulp, vast te stellen wat exact de hulpvraag van deze jeugdige of ouder is;
- vervolgens zal moeten worden vastgesteld welke problemen en stoornissen er exact spelen;
- als dit is gebeurd kan worden bepaald welke hulp naar aard en omvang nodig is om de jeugdige te laten opgroeien naar voldoende zelfredzaamheid; en
- pas nadat deze noodzakelijke hulp in kaart is gebracht, moet worden onderzocht of en in hoeverre het eigen probleemoplossend vermogen van de ouder en het sociale netwerk toereikend is om zelf de nodige ondersteuning te bieden.

Voor zover het onderzoek naar de nodige hulp specifieke deskundigheid eist, zo besluit de Centrale Raad, zal een specifiek deskundig oordeel en advies daarbij niet mogen ontbreken. In deze uitspraak wordt de door de wetgever vastgelegde 'automatische' koppeling tussen eigen kracht van de familie en gemeentelijke zorgplicht aan de nodige tussenstappen onderworpen, tussenstappen die overigens wel de deskundige zorgprofessional centraal stellen. In die zin is hiermee de professional de poortwachter voor de eigen kracht van het gezin geworden.

Tegen deze achtergrond valt wellicht te begrijpen dat de VNG, redenerend vanuit de bijna-*plicht* tot benutting van eigen (netwerk)kracht, in het genoemde factsheet aangeeft dat het hulpverleningsplan van de professional, indien daarover overleg is geweest met de kring van de zorgvrager, tevens als Familiegroepsplan kan gelden. Dit is dus een optie (variant 3 in de VNG opsomming) maar als gezegd dienen, redenerend vanuit het *recht* op inzet van eigen (netwerk)kracht daarnaast ook andere wijzen om tot opstelling van het Familiegroepsplan te komen gefaciliteerd (en bekostigd) te worden.

6.2 Van regulering naar budgettering: een nieuwe publieke taak?

Voor daadwerkelijke facilitering van zowel variant 3 (begeleiding door professional) als variant 2 (begeleiding door onafhankelijke coördinator) lijken extra (personele) middelen benodigd, gezien wat hierover in hoofdstuk 4 naar voren kwam.

In 2014 bracht de Raad voor de Financiële Verhoudingen een rapport uit naar aanleiding van een adviesaanvraag van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, getiteld 'Tussen betalen en bepalen – publieke bekostiging van maatschappelijk initiatief'.[29]
Op pagina 12 merkt de Raad op met betrekking tot het sociaal domein:

Tekstbox 6.4: Raad voor de Financiële Verhoudingen: taakoverdracht

De taakoverdracht (in het kader van de transitie) is ingrijpend voor de bestuurlijke, financiële en maatschappelijke verhoudingen. [...] Immers, verzekerde rechten op nationaal niveau worden ingeruild tegen voorzieningen, waarvan de inhoud, beschikbaarheid, en reikwijdte worden bepaald door lokale democratische besluitvorming en beschikbaarheid van middelen. Doordat rechten voor burgers worden ingeruild voor voorzieningen door gemeenten ontstaat er ruimte (voor de vormgeving van arrangementen) die er eerder niet was.

[29] De Raad adviseert over inrichting en functioneren van het openbaar bestuur alsook over een evenwichtige verdeling van publieke middelen.

Maar die voorzieningenplicht staat niet geheel ter vrije invulling; zij omvat mede de plicht voor de gemeenten c.q. de zorgprofessionals c.q. de WTs om zelf actief het potentieel aan mobilisering van eigen netwerkkracht te onderzoeken. De Centrale Raad van Beroep heeft in de *Steenwijkerland* zaak die taak nadrukkelijk bij de publiek bekostigde professional gelegd. En die taak omvat mede de plicht om voorlichting te geven over het recht op een Familiegroepsplan (c.q. Eigen plan) en dat recht, indien het wordt ingeroepen door families, te respecteren. Door de koppeling van de gemeentelijke plicht op dit vlak aan een afdwingbaar recht voor de burger, is sprake van een officiële publieke taak.

Het budget voor decentralisatie van taken van Rijk en provincie naar de gemeenten omvat de zorg die voorheen als verzekerd recht, maar voortaan als gemeentelijke voorziening wordt aangeboden. Daaronder vallen ook de informele PGBs (hulp vanuit het eigen netwerk) die immers al als alternatief voor zorg in natura of formele PGBs gekozen konden worden. Maar daaronder valt strikt genomen *niet* de nieuw gecreëerde publieke taak voor gemeenten om actief via door haar bekostigde zorgprofessionals de mogelijkheden voor eigen netwerkkracht te onderzoeken, terwijl die plicht gekoppeld is aan een recht voor de burger om die eigen kracht in te roepen. In dat geval dient de hulpverlening te worden afgestemd op het eigen plan. Nu is dus het recht op een Familiegroepsplan nadrukkelijk een verzekerd recht, en wel een verzekerd recht dat per 1-1-2015 is ontstaan op nationaal niveau. De parallelle verplichtingen van Gemeenten inzake netwerkondersteuning vormen een geheel nieuwe publieke taak. Voor zover de bekostiging hiervan niet separaat en aanvullend op de transitiebudgetten was opgenomen, is verdedigbaar dat de gemeenten specifiek hiervoor alsnog een beroep op bekostiging kunnen doen. Via het sturingsinstrument 'regulering' zijn we zo uiteindelijk uitgekomen bij het andere sturingsinstrument: budgettering.

6.3 Afronding

Door regulering wilde de overheid sturen op activering van eigen (netwerk)kracht. De rechter besliste dat de professional de poortwachter voor een daadwerkelijk beroep op netwerksteun dient te zijn. Gekoppeld aan het door burgers afdwingbare recht op een eigen plan levert dit een publieke taak op, die per 31 december 2014 nog niet bestond.
Het verdient aanbeveling voor gemeenten om goed na te gaan wat er exact was inbegrepen in het transitiebudget. Aannemelijk is dat dit budget slechts betrekking had op tot 1 januari 2015 bij Rijk en provincie belegde publieke zorgtaken. Deze werden immers overgedragen naar de gemeenten die specifiek daarvoor een (gekort) budget ontvingen. Maar activeren en mobiliseren van sociale netwerken was op dat moment geen bestaande publieke taak; dan zou daarvoor dus ook geen financiering ontvangen zijn. Daar publieke taken echter bekostigd dienen te worden, zou hier nog een aanspraak van gemeentewege jegens het Rijk kunnen liggen.

7. Slotbeschouwing en aanbevelingen

7.1 Slotbeschouwing

Wat heeft dit onderzoek nu opgeleverd?

De noodzakelijke aanpassingen in de onderzoeksopzet tijdens de beginfase van dit project hebben, achteraf bezien, misschien juist wel belangrijke nieuwe inzichten opgeleverd ten opzichte van wat al bekend was uit bestaand onderzoek.
De exploratieve benadering heeft aanwijzingen opgeleverd voor de invloed die afzonderlijke probleemgebieden spelen bij pogingen tot netwerkactivering. Ook is beleidsrelevant inzicht verkregen in de criteria die Wijkteam professionals hanteren ten aanzien van netwerkactivering als 'nieuw' taakgebied en de gerapporteerde problemen daarbij.
Een andere centrale bevinding betrof de verrassend grote schaal waarop professionele hulpverlening en netwerksteun *beide* in beeld zijn. Deze bevinding noopt tot een koerswijziging in toekomstig onderzoek van minder 'contrastieve' naar meer 'integratieve', op gezamenlijke zorgregie gerichte benaderingen.
Ook de hier gepresenteerde eerste bevindingen over de financiële en juridische dimensies van gezamenlijke zorgregie (*collaborative governance*) bieden stof tot nadenken en zouden nadere uitwerking in toekomstige metingen of monitoring-programma's verdienen.

Aanvankelijk zou een quasi-experimentele opzet gevolgd worden om te meten hoe effectief de EKC-aanpak is in vergelijking met professionele ondersteuning op twee 'enkelvoudige' probleemgebieden: Jeugd en Activerend armoedebeleid. Op overige kenmerken zouden de twee groepen, EKC en WT, *matchend* gemaakt kunnen worden door selectie op dossierbasis, zo was het idee. Een dergelijke insteek kenmerkt veel van het bestaande (internationale) effectiviteitsonderzoek naar de eigen kracht van zorgvragers.

Die opzet, waarbij ter wille van de meetbaarheid een scala van factoren buiten beeld wordt gelaten, werd zoals beschreven in Hoofdstuk 2, noodgedwongen ingeruild voor een breed-exploratieve benadering. Nu vormde, via de interviews afgenomen bij zorgvragers, de realiteit van de problematiek het uitgangspunt. Het bleek bijna steeds te gaan om complexe kluwens van problemen.
Met dit onderzoek hebben we indicaties gevonden welke probleemgebieden een aanzienlijke afname laten zien wanneer netwerksteun (al dan niet naast professionele hulp) wordt ingezet. Met name in het domein jeugd laat de EKC-aanpak een significant hoge kans op afname van de problematiek zien. Dat hierbij vooral het netwerk vaak een positieve rol speelt, lijkt bevestigd te worden door de analyse van de open vragen, waar positieve resultaten twee maal zo vaak aan het netwerk *als zodanig* worden toegerekend als aan de combinatie van netwerk en professional. Meer specifiek leert de analyse van dossiers die aan kostenscenario 1 ten grondslag lagen, dat in de helft van deze zaken de professionele begeleiding al snel geheel gestaakt kon worden.
Het andere uiterste: bij schuldenproblematiek treedt over de meerjarige meetperiode nauwelijks enige verbetering op, noch in de EKC-groep met haar primaat van netwerksteun, noch in de WT-groep met haar primaat van professionele hulpverlening. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of dit te wijten is aan de duur van bijvoorbeeld een ingegaan schuldsaneringstraject, dan wel (zoals diverse respondenten aangaven) in de opstelling van de

overheid (stapeling van boetes) of bedrijven die de inning van schulden door-verhandelen, of in de samenhang met andere problemen, zoals ernstige verslavingsproblematiek.

Met deze probleemgerelateerde bevindingen zouden we geenszins de inzet van het netwerk bij andere probleemgebieden dan bijvoorbeeld jeugd *a priori* nutteloos willen verklaren. Zoals EKC-coördinatoren ook bevestigen, blijft het op gang komen van netwerkdynamiek een moeilijk voorspelbaar proces.
Een 'open' benadering - met oog voor de veelheid van problemen die in de dagelijkse werkelijkheid van de onderzochte huishoudens spelen – lijkt ook voor de toekomst wenselijk. Interessant is in dit verband wat Crampton in zijn *review* van Anglo-Amerikaans onderzoek naar *family group decision-making* opmerkt: *there are very few case characteristics that were negatively associated with decisions to try FGC*.
Anders gezegd: de aard van de problematiek speelde nauwelijks een rol bij de beslissing op netwerkactivering in te zetten. Maar in de Anglo-Amerikaanse setting waren FGC's, in ieder geval in de door Crampton bestreken periode, vrijwel uitsluitend mogelijk binnen het gedwongen kader bij jeugdproblematiek. Onderzoek richtte zich dan ook uitsluitend op dat probleemgebied, met uitsluiting van andere. Dat er dan niet veel verschillen gevonden worden is een logisch uitvloeisel van de beperking die men zichzelf heeft opgelegd, waarbij echter potentieel belangrijke invloeden op het eindresultaat van netwerksteun (bijvoorbeeld stapeling met geheel andersoortige problemen) a priori buiten de analyse worden gehouden.
Ook in meer formele systematische reviews, zoals in het protocol dat Shlonsky schreef voor een zogeheten *Campbell review* (gebaseerd op het format dat in medisch onderzoek gangbaar is), is deze zelfopgelegde eenzijdigheid kenbaar (Shlonsky 2009). Een iets breder opgezette Campbell review is overigens in de maak.

Met de aangepaste onderzoeksopzet heeft dit project minstens evenveel informatie opgeleverd over Wijkteam-professionals in hun nieuwe rol van 'netwerkactiveerders', als over Eigen Kracht conferenties. Zo lijkt de professional de mogelijkheden van netwerksteun bij multiproblematiek te onderschatten. Tot die constatering noopt de 'diagonale' vergelijking van EKC-respondenten met WT-zorgprofessionals. Numeriek spelen immers meer problemen gelijktijdig in de EKC-groep dan in de WT-groep terwijl in de EKC-groep per definitie een beroep op netwerksteun wordt gedaan, en dit zoals bleek niet zelden zonder succes.
Hierbij valt niet uit te sluiten dat naast inhoudelijke overwegingen ook tijdgebrek bij de WT-medewerkers een belangrijke rol speelt. Ook dit aspect, dat EKC-coördinatoren ruim 10x zoveel tijd (kunnen) besteden aan netwerkactivering als WT-professionals, heeft beleidsrelevantie, vooral als men (d.w.z. gemeente, professional *en* cliënt-zorgvrager) het wettelijk verankerde recht op een familiegroepsplan serieuzer gaat nemen.
Omgekeerd lijkt er bij zorgvragers ook een barrière te bestaan, waar men enerzijds toegeeft over een netwerk te beschikken en ook graag ziet dat de leden hiervan 'gekend' worden, terwijl men anderzijds niet wenst dat het netwerk ook taken bij de ondersteuning gaat vervullen. Zorgvragers lijken zichzelf nogal eens tegen te spreken, waar zij dan vervolgens weer wèl denken dat netwerk en professionele hulpverlening elkaar kunnen versterken.

Het is interessant deze bevindingen nogmaals naast de uitkomsten van een ander recent onderzoek te leggen, te weten het in hoofdstuk 4 al aangestipte onderzoek van de Rotterdamse Rekenkamer, waarover wij in 2018 vernamen en in dat jaar gepubliceerd werd, in een rapport met de veelzeggende titel: 'Het komt niet in de buurt' (Rekenkamer Rotterdam, 2018).
Het onderzoek van de Rekenkamer was enerzijds breder dan ons project, nu daarin niet alleen naar netwerkactivering werd gekeken, maar tegelijk ook beperkter, in die zin dat op het onderdeel netwerkactivering geen vergelijking met een referentiegroep werd gemaakt. Dit heeft ook geleid tot een andere benadering bij de data-verzameling. Waar wij omwille van een (toch) zo goed mogelijke *matching* WT-casussen zochten waarin het netwerk in ieder geval

(mede) in beeld was, dan wel casussen met een multiprobleem profiel vergelijkbaar met de EKC groep, heeft de Rekenkamer met medewerking van Cluster MO *at random* 100 namen uit registratiesysteem TOP (Jeugd) en 47 namen uit Mens Centraal (Volwassenen) mogen trekken. Hiervan hebben na contactering 17 respectievelijk 13 cliënten ingestemd met een interview. De uitkomst was dat in de cliëntcasussen jeugd het de WT-medewerker slechts in 12% van de gevallen lukte om de netwerk inzet te vergroten. In de overige 88% was er soms wel een netwerk maar bleek deze geen toereikende steun te kunnen geven, ofwel was er helemaal geen (geschikt) netwerk voorhanden. Bij de cliëntcasussen volwassenen was de netwerk inzet in slechts 8% van de gevallen (1 casus) toegenomen. In 92% was geen beroep gedaan op het netwerk onder meer omdat dit ontbrak, of omdat cliënt daarmee gebrouilleerd was, of omdat het netwerk geen toereikende hulp kon bieden.
Deze uitkomsten lijken enigszins negatiever dan de uitkomsten in het hier voorliggende onderzoek, maar dat kan diverse redenen hebben. Behalve in de wijze van selectie van casussen (*at random* dan wel gericht op *matching*) kan ook gedacht worden aan de interpretatie van uitkomsten en het evaluatie-criterium. Zo kan een situatie waarin een professional psychologische hulp biedt en het eigen netwerk administratieve ondersteuning, negatief dan wel positief geduid worden. Wanneer aan de zeer hooggespannen verwachtingen van de transformatie wordt getoetst (zoals de Rekenkamer deed) ligt een negatieve duiding in de lijn der verwachting, maar wanneer meer onbevangen wordt gezocht naar welke vormen van hulp en netwerksteun zoal bestaan en of daar een meerwaarde in kan schuilen (zoals in het voorliggende project), dan ligt een meer positieve duiding voor de hand.
Overigens laten ook onze uitkomsten zien dat netwerkactivering niet bij iedereen en in alle situaties haalbaar is.

De exploratieve benadering in het voorliggende project bracht ook aan het licht dat in beide groepen de overgrote meerderheid van respondenten *en* professionele hulp *en* netwerksteun krijgt, zij het dat die steun op verschillende manieren bleek te zijn gemobiliseerd.
Dat het zelfs om de WT-groep en in de EKC-groep om identieke percentages (62%) respondenten gaat die beide vormen van ondersteuning kregen, mag wel verrassend worden genoemd. Hier rijst een vermoeden van samenhang met het feit dat veelal van multiproblematiek sprake is. Kort gezegd: er spelen te veel (en te verschillende) problemen om uitsluitend door een professional of uitsluitend door het eigen netwerk opgelost te kunnen worden. Anders geformuleerd: de professional en het netwerk lijken (zeer) op elkaar te zijn aangewezen.
Deze constatering heeft praktische implicaties, voor de uitvoering van de hulpverlening, maar daarnaast ook gevolgen voor de wetenschappelijke bestudering van het sociale domein.

Dit naast elkaar functioneren van netwerksteun *en* professionele steun maakt, naast de realiteit van complexe multiproblematiek, het vinden en meten van causale verbanden buitengewoon gecompliceerd, zeker wanneer men over de aantallen respondenten beschikt waarop het bestaande (internationale) onderzoek tot nu toe steeds was aangewezen. In het hier voorliggende project met de (uit de literatuur afgeleide) vier *clusters* van mogelijke verklarende factoren (persoonlijke achtergrond kenmerken, probleemkernmerken, netwerk kenmerken en de relatie professional – zorgvrager ofwel alliantie-kenmerken) kwamen we als onderzoekers bij een interne telling al tot meer dan 40 'onafhankelijke' variabelen, die echter zelf ook weer plegen te wijzigen in wisselwerking met (nog weer) andere factoren. Zelfs wanneer men (bij een 2e meting) 2 x 45 respondenten weet veilig te stellen, zal duidelijk zijn dat de kans op het vinden van statistisch significante correlaties die op mogelijk causaal verband kunnen wijzen, gering is.
Het is begrijpelijk dat de beleidsambtenaar en de zorgprofessional het liefst uit handen van de wetenschapper een lijstje zouden ontvangen waarin eenvoudig valt te lezen welke benadering nu het beste gekozen kan worden voor wie, en in welke situatie.

De medische wetenschap is daar dichter bij in de buurt, maar het onderzoek daar heeft al vele jaren exponentieel meer (financiële) middelen ter beschikking dan onderzoek in het sociale domein. Met name het noodzakelijke effectiviteitsonderzoek staat hier 'nog in de kinderschoenen', zoals Koster in 2016 concludeerde in *Binnenlands Bestuur*. In de medische wetenschap zijn RCT's*,* waaraan 20.000 respondenten deelnemen, geen uitzondering (Steyerberg, 2018). Met projecten van een dergelijke omvang zou de wetenschap ook in het sociale domein grote sprongen vooruit kunnen maken. Maar vooralsnog zal bij zo'n omstreden thema als sociale zorg niet de keiharde informatie aangedragen kunnen worden die politici graag zouden hebben, al is het een schrale troost dat "[…] bij complexe problemen meer wetenschap vaak resulteert in meer onzekerheid. Soms is dus een deugdelijk debat over overtuigingen en waarden het hoogst haalbare", aldus de directeur van het Rathenau Instituut in een bundel over *evidence based* beleid (Slob & Staman, 2012).
Toch brengt ieder onderzoek die gewenste kennis wel een stap(je) dichterbij. In het hier voorliggende project hebben we gezien dat de realiteit van sociale multiproblematiek samengaat met meervoudige hulpverlening (professioneel en netwerk); daarmee is een groter referentiekader ontstaan voor toekomstig effectiviteitsonderzoek, dat zoals eerder opgemerkt minder contrastief en meer integratief gericht zal dienen te zijn.
Dit hangt ook samen met de fase waarin de samenleving verkeert. Na de traditionele hiërarchische verhoudingen van de naoorlogse periode kwam tegen het eind van de 20e eeuw een tegenbeweging op. Het is begrijpelijk dat dan ook in het onderzoek het contrast wordt gezocht. Na actie en reactie volgt meestal weer een synthese.
Dit neemt niet weg dat de alom tegenwoordige middelen schaarste tegen welke achtergrond politieke keuzes gemaakt moeten worden (het *public choice* probleem) wel noopt tot verdergaand onderzoek naar de effectiviteit van netwerksteun, hoe divers van aard de sociale problematiek ook is, en hoe wisselend het (politieke) gewicht dat men eraan toekent.

De laatste pagina's van dit eindrapport werden geschreven ten tijde van de 75-jarige herdenking van D-day. Dat werpt nog een laatste, ongemakkelijke vraag op. Metingen over langere tijdvakken, bijvoorbeeld de tweede helft van de 20e eeuw, laten zien dat de welvaart in Nederland sterk is gegroeid, maar ook de sociale problematiek (Van Praag e.a., 1999). Toch hadden veel Nederlanders, en zeker ook Rotterdammers, in die naoorlogse periode een problematiek mee te torsen die vandaag de dag als complex en zeer ernstig zou worden aangemerkt. Denk aan: (geen)huisvesting, oorlogstrauma, armoede. Terwijl het hulpverleningsaanbod in die periode minimaal, althans naar hedendaagse maatstaven, minimaal was. Desondanks ontwikkelde het land zich blijkens metingen tot een van de 'gelukkigste' ter wereld.

Het aanbod creëert de vraag, aldus Benjamin Barber in zijn indrukwekkende verhandeling *Consumed*, enigszins gebrekkig vertaald als: 'De Infantiele Consument' (Barber, 2008). Zou dat ook op het terrein van zorg en welzijn gelden, zoals de gangmakers van de transitie destijds min of meer suggereerden? Of verraadt een dergelijke stellingname een vals sentiment naar een geïdealiseerde, maar wellicht toch niet zo ideale periode van de Nederlandse geschiedenis? Worden er tegenwoordig veel meer problemen in bijvoorbeeld de GGZ als zodanig herkend en bespreekbaar? Of is er ook werkelijk sprake van een dramatische stijging van het aantal psychische stoornissen over de laatste 25 à 50 jaar? Zo ja, wat is daarvan dan de oorzaak?
Deze vragen vallen echter, hoe belangrijk zij ook zijn, buiten het bereik van deze studie.

7.2 Aanbevelingen

- Dit onderzoek laat zien dat zorgprofessionals en 'eigen' netwerken op elkaar zijn aangewezen gezien de complexe multiproblematiek van de meeste zorgvragers. Het verdient daarom aanbeveling te zorgen voor een optimale afstemming tussen beide vormen van ondersteuning.

- Het verdient aanbeveling de mogelijkheden van netwerksteun *in ieder geval* actief te onderzoeken in casussen waar sprake is van de probleemgebieden jeugdveiligheid, jeugdopvang en opvoedondersteuning, huiselijke relaties en huisvesting.

- Het verdient aanbeveling om bij het inventariseren van netwerken verder te kijken dan alleen naaste familie en vrienden. De 'buitenste ring' van maatschappelijke organisaties (zoals sportclubs of religieuze instellingen) die nog tot de omgeving van de zorgvrager gerekend kunnen worden, beschikken zelf weer over andere netwerken die mogelijk voor een andere dynamiek kunnen zorgen, vooral bij de nu vaak stagnerende oplossing van financiële problemen. Hier draagt noch de inzet van het eigen netwerk noch professionele hulpverlening zichtbaar bij aan significante afname van de problematiek.

- Het verdient aanbeveling om ook na afloop van Eigen Kracht conferenties enige begeleiding te bieden aan de betrokken families en overige netwerkleden. Dit is door een deel van de respondenten zelf aangedragen als mogelijk verbeterpunt ter verdere verhoging van de effectiviteit van conferenties.

- Het verdient aanbeveling om aan de Wijkteams meer middelen en tijd beschikbaar te stellen om niet alleen de netwerken van zorgvragers in te schatten, maar ook om deze te benaderen en te vergroten. Een deel van de WT-medewerkers heeft te kennen gegeven hier onvoldoende tijd voor te hebben.

- Gemeentelijke registratiesystemen voor het sociale domein lijken steeds meer volgens eigen lokale standaarden te worden ingericht. Het verdient aanbeveling om juist meer naar landelijke eenheid en uitwisselbaarheid van data toe te werken. Er zou in ieder geval een set aan gemeenschappelijke 'basisgegevens' moeten komen voor monitoring en benchmarkingsdoeleinden. Tevens wordt daarmee de mogelijkheid gefaciliteerd om veel grotere aantallen respondenten (verspreid over verschillende gemeenten) te bevragen zodat de effectiviteit van netwerksteun en professionele hulp nauwkeuriger kan worden bepaald dan nu mogelijk is.

- Het is gebleken dat veel Wijkteammedewerkers terughoudend zijn om in te zetten op netwerksteun wanneer sprake is van multiproblematiek, terwijl in de EKC-aanpak netwerksteun ook dan vaak blijkt te werken. Om te voorkomen dat desbetreffend segment van de Wijkteamcliënten bij voorbaat verstoken blijft van dergelijke steun, verdient het aanbeveling dat gemeenten, indachtig de op hen rustende beleidsplicht, ook dit segment zorgvragers faciliteert door bewustmaking van professionals en door begeleiding beschikbaar te stellen, daaronder nadrukkelijk begrepen begeleiding van buiten de Wijkteams.

- Gemeenten zijn wettelijk verplicht zorgprofessionals en zorgvragers, vertrouwd te maken met het recht op een Familiegroepsplan c.q. Eigen plan. Het verdient aanbeveling om hier aandacht aan te besteden in de permanente educatie van functionarissen werkzaam in zowel beleid als uitvoering.

- Het is aannemelijk dat gemeenten verschillen ten aanzien van de wijze waarop zij ieder afzonderlijk de transformatie in de zorg hebben vormgegeven. (Rechts-)ongelijkheid kan, en zal waarschijnlijk het gevolg zijn. Het verdient daarom aanbeveling onderzoek met de huidige reeds beschikbare opzet ook in andere gemeenten uit te voeren, bijvoorbeeld in G4-verband.

Annex 1

Tabel A.1 Hoe lang speelden de problemen voordat u bent aangemeld voor een Eigen Kracht conferentie?

	< 1 jaar	1-3 jaar	>=3 jaar	Totaal (n)
Financiën	12%	38%	50%	34
Dagbesteding	14%	43%	43%	21
Huisvesting	41%	41%	18%	17
Huiselijke relaties	21%	32%	47%	19
Geestelijke gezondheid	6%	32%	61%	31
Lichamelijke gezondheid	6%	28%	67%	18
Verslaving	12%	29%	59%	17
Activiteiten dagelijks Leven	23%	31%	46%	13
Sociaal netwerk	17%	42%	42%	12
Maatschappelijke participatie	31%	19%	50%	16
Justitie (volwassenen)	*	*	*	*
Jeugd, veiligheid	36%	41%	23%	22
Jeugdopvang, opvoedondersteuning	31%	38%	31%	29
Jeugdonderwijs	50%	30%	20%	10
Jeugd, justitie/overlast	*	*	*	*
Anders	17%	25%	58%	12

* Celvulling < 5.

Tabel A.2 Hoe lang speelden de problemen voordat u naar het Wijkteam ging?

A.	< 1 jaar	1-3 jaar	>=3 jaar	Totaal (n)
Financiën	24%	38%	38%	29
Dagbesteding	24%	35%	41%	17
Huisvesting	13%	47%	40%	15
Huiselijke relaties	13%	25%	63%	8
Geestelijke gezondheid	14%	14%	73%	22
Lichamelijke gezondheid	21%	26%	53%	19
Verslaving	0%	20%	80%	5
Activiteiten dagelijks Leven	0%	45%	55%	11
Sociaal netwerk	31%	23%	46%	13
Maatschappelijke participatie	14%	0%	86%	7
Justitie (volwassenen)	-	-	-	-
Jeugdveiligheid	20%	20%	60%	10
Jeugdopvang, opvoedondersteuning	25%	30%	45%	20
Jeugd, onderwijs	29%	29%	43%	14
Jeugd, justitie/overlast	50%	33%	17%	6
Anders	0%	29%	71%	7

* Celvulling < 5.

Tabel A.3 Ernst van de problemen (gemiddeld)

	EK-c		WT	
	1e meting	2e meting	1e meting	2e meting
Financiën	2,21	1,52	2,21	1,61
Dagbesteding	2,05	1,78	1,71	1,67
Huisvesting	2,06	1,67	2,00	2,20
Huiselijke relaties	2,32	1,60	1,86	1,00
Geestelijke gezondheid	2,00	1,58	2,05	1,43
Lichamelijke gezondheid	1,71	1,40	2,00	1,50
Verslaving	1,89	1,75	1,25	1,00
Activiteiten dagelijks Leven	1,54	1,25	1,45	1,25
Sociaal netwerk	2,00	1,60	1,46	1,40
Maatschappelijke participatie	1,75	1,33	1,75	1,33
Justitie (volwassenen)	2,50	3,00	-	-
Jeugdveiligheid	2,14	1,50	1,90	1,50
Jeugdopvang, opvoedondersteuning	2,07	1,33	1,57	1,32
Jeugd, onderwijs	1,60	1,00	1,86	1,40
Jeugd, justitie/overlast	2,00	3,00	1,80	1,50
Anders	2,25	1,50	1,71	1,50
Totaal	1,96	1,35	1,86	1,37

Tabel A.4 Hebben professionele hulpverleners in het verleden al eens ondersteuning gegeven in verband met de problemen? (%)

	EK-c		WT	
	%	n	%	n
Huisarts	31%	14	42%	19
Jeugdbescherming	56%	25	4%	2
CJG	9%	4	9%	4
Jeugdzorg	33%	15	16%	7
KBR	13%	6	18%	8
Maatschappelijk werk	40%	18	27%	12
Wijkteam	44%	20	36%	16
Anders	53%	24	53%	24
Totaal	100%	45	100%	45

*Tabel A.5 Hebben personen uit uw netwerk een zelfde achtergrond? (%)**

	EK-c	WT	Totaal
Nee	24%	33%	28%
Ja, voor wat betreft cultuur	76%	60%	69%
Ja, voor wat betreft taal	76%	57%	68%
Ja, voor wat betreft religie	66%	53%	60%
Totaal (n)	38	30	68

* Selectie respondenten die netwerksteun krijgen.

*Tabel A.6 Wordt het plan dat is opgesteld n.a.v. de Eigen Kracht conferentie of het Keukentafelgesprek uitgevoerd? (%)**

	EK-c	WT	Totaal
Nee, licht kort toe	42%	16%	29%
Ja, sinds kort (minder dan 1 maand geleden)	2%	11%	7%
Ja, al enige tijd (tussen 1 en 3 maanden)	2%	4%	3%
Ja, geruime tijd (tussen 3 maanden en een half jaar)	2%	11%	7%
Ja, al meer dan een half jaar	51%	58%	54%
Totaal (n)	45	45	90

* Resultaten 1e meting.

*Tabel A.7 EKC-groep: redenen voor verminderde netwerksteun (%)**

	Ek-c
Mijn problemen zijn (bijna) opgelost	24%
Er was geen onderling vertrouwen meer tussen de leden van het netwerk	4%
Er was geen vertrouwen meer tussen de leden van het netwerk en mij	18%
Mijn omgeving had geen tijd/middelen meer om mij te helpen	2%
Personen in mijn omgeving voelen zich niet langer verplicht mij te helpen	2%
Personen in mijn omgeving ervaren niet langer een gemeenschappelijk probleem waarvoor zij mede verantwoordelijkheid wil	4%
Er bleken grote cultuurverschillen te bestaan tussen personen uit mijn eigen omgeving	2%
De aard van mijn problemen maakte dat mijn eigen omgeving weinig kon doen	9%
Anders	31%
Totaal	45

* Resultaten 1e meting.

*Tabel A.8 Heeft u op dit moment hulp (%)**

	EK-c	WT	Totaal
Nee	16%	11%	13%
Ja, hulp via EK-c netwerk	51%	-	26%
Ja, hulp via ander netwerk	11%	24%	18%
Ja, hulp via Wijkteam	2%	36%	19%
Ja, hulp via Specialistische hulpverlening	42%	64%	53%
Ja, hulp anders:	13%	20%	17%
Totaal (n)	45	45	90

* Respondenten 2e meting.

Tabel A.9 Zelfredzaamheid, naar groep/meting (% verwijst naar 'geheel eens' met de stelling)

	EK-c		WT	
	1e meting	**2e meting**	**1e meting**	**2e meting**
Ik ben op dit moment zelfredzaam	38%	44%	38%	42%
Het gaat op dit moment goed met mij	53%	53%	29%	42%
Ik heb er vertrouwen in dat het komend jaar goed met mij zal gaan	62%	56%	64%	58%
Totaal (n)	45	45	45	45

Tabel A.10 Resultaten regressieanalyse aantal en ernst problemen

	Aantal Problemen		**Ernst problemen**	
	B	**Std. Error**	**B**	**Std. Error**
(Constant)	7,293***	1,523	2,374***	,343
EK-c (1=ja)	1,353**	,546	,029	,128
Meting-2	-1,438***	,457	-,471***	,102
EK-c * Meting-2	-1,648**	,647	-,120	,144
< 35 jaar	,266	,466	,045	,105
≥ 50 jaar	,182	,535	,033	,120
Opleidingsniveau: geen/bo	-,105	,541	-,110	,120
Opleidingsniveau: vo	,136	,483	-,198*	,110
Opleidingsniveau: hbo/wo	,310	,536	-,131	,120
Huidhouden: alleenwonend	,003	,547	-,071	,127
Huidhouden: eenoudergezin	-,004	,415	-,074	,094
Huidhouden: groeps-/beschermd wonen	,025	,999	-,015	,232
Indonesisch	2,049**	,998	-,146	,222
Surinaams	,456	,555	,054	,124
Antilliaans	-,430	,603	,065	,135
Turks	-,174	,783	,136	,179
Anders	,006	,430	,166*	,097
Geen inkomen/bijstand	,112	,460	,026	,104
Uitkering (WW, WIA, Wajong, etc.)	-,598	,506	-,058	,113
Fit	-,610*	,338	-,267***	,077
Zelfregie	-,630	,383	,104	,085
Omvang netwerk	-,031	,031	,150	,106
Eerdere netwerksteun	,391	,471	,054	,099
Eerdere professionele hulp	1,352**	,657	,000	,007

* Adj. R^2 = .284 | .286. Significantie: *** $p < 0.001$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$.

Tabel A.11 Resultaten regressieanalyse aantal en ernst problemen

	Aantal problemen*		**Ernst problemen***	
	B	**Std. Error**	**B**	**Std. Error**
(Constant)	6,556***	1,577	2,513***	,354
Meting-2	-2,187**	,888	-,650***	,199
Netwerksteun (1=ja)	,934	,605	,085	,136
Prof. hulp (1=ja)	1,109*	,640	,042	,143
*Netwerksteun * meting-2*	-,445	,731	-,064	,164
*Prof hulp * meting-2*	,557	,821	,204	,184
< 35 jaar	,666	,449	,025	,101
≥ 50 jaar	,225	,530	,024	,119
Opleidingsniveau: geen/bo	,007	,534	-,117	,120
Opleidingsniveau: vo	,545	,477	-,208*	,107
Opleidingsniveau: hbo/wo	,449	,534	-,141	,120
Huidhouden: alleenwonend	-,312	,557	-,078	,125
Huidhouden: eenoudergezin	,032	,421	-,083	,094
Huidhouden: groeps-/beschermd wonen	-,737	1,016	-,024	,228
Indonesisch	1,825*	,991	-,149	,222
Surinaams	,526	,547	,057	,123
Antilliaans	-,169	,602	,079	,135
Turks	,247	,747	,121	,168
Anders	,292	,434	,167*	,097
Geen inkomen/bijstand	,427	,461	,017	,103
Uitkering (WW, WIA, Wajong, etc.)	-,511	,505	-,053	,113
Fit	-,805**	,341	-,268***	,076
Zelfregie	-,600	,377	,103	,084
Omvang netwerk	-,036	,029	-,001	,007
Eerdere netwerksteun	,392	,495	-,024	,111
Eerdere professionele hulp	1,250*	,637	,109	,143

* Adj. R^2 = .300 | .259. Significantie: *** $p < 0.001$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$.

Tabel A.12 Resultaten regressieanalyse aantal professionele hulpverleners (Adj. R^2 = .321)

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	,830	,974		,852	,396
EK-c (1=ja)	-1,464	,301	-,521	-4,867	,000
Meting-2	-,682	,268	-,243	-2,548	,012
EK-c * Meting-2	,883	,356	,271	2,478	,014
Aantal problemen	,152	,045	,274	3,384	,001
Ernst van problemen	,264	,202	,104	1,311	,192
< 35 jaar	-,587	,252	-,192	-2,331	,021
≥ 50 jaar	-,568	,289	-,162	-1,965	,051
Opleidingsniveau: geen/bo	,337	,293	,100	1,152	,251
Opleidingsniveau: vo	-,035	,265	-,011	-,131	,896
Opleidingsniveau: hbo/wo	,137	,292	,038	,471	,639
Huidhouden: alleenwonend	,371	,296	,106	1,257	,211
Huidhouden: eenoudergezin	,130	,224	,046	,579	,563
Huidhouden: groeps-/beschermd wonen	,823	,540	,114	1,525	,129
Indonesisch	-,456	,548	-,059	-,832	,407
Surinaams	-,351	,300	-,082	-1,169	,244
Antilliaans	,281	,326	,063	,862	,390
Turks	,040	,424	,007	,095	,924
Anders	-,737	,234	-,233	-3,153	,002
Geen inkomen/bijstand	-,220	,248	-,077	-,888	,376
Uitkering (WW, WIA, Wajong, etc.)	-,113	,274	-,036	-,410	,682
Fit	,030	,189	,014	,157	,875
Zelfregie	,056	,210	,024	,264	,792
Omvang netwerk	,001	,017	,006	,080	,937
Eerdere netwerksteun	-,397	,255	-,109	-1,559	,121
Eerdere professionele hulp	1,112	,360	,227	3,089	,002

Tabel A.13 Resultaten regressieanalyse zelfredzaamheid (Adj. R^2 = .385)

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	1,850	,647		2,858	,005
EK-c (1=ja)	,294	,200	,150	1,470	,144
Meting-2	,713	,178	,364	4,008	,000
EK-c * Meting-2	-,026	,237	-,012	-,111	,912
Aantal problemen	-,056	,030	-,145	-1,888	,061
Ernst van problemen	-,312	,134	-,176	-2,330	,021
< 35 jaar	-,215	,167	-,101	-1,283	,202
≥ 50 jaar	-,034	,192	-,014	-,175	,861
Opleidingsniveau: geen/bo	-,012	,195	-,005	-,062	,950
Opleidingsniveau: vo	,185	,176	,087	1,049	,296
Opleidingsniveau: hbo/wo	,390	,194	,156	2,010	,046
Huidhouden: alleenwonend	-,143	,196	-,058	-,726	,469
Huidhouden: eenoudergezin	,104	,149	,053	,700	,485
Huidhouden: groeps-/beschermd wonen	,085	,359	,017	,237	,813
Indonesisch	-,298	,364	-,055	-,818	,415
Surinaams	-,131	,200	-,044	-,659	,511
Antilliaans	-,145	,217	-,047	-,668	,505
Turks	-,268	,282	-,069	-,951	,343
Anders	-,091	,155	-,041	-,588	,558
Geen inkomen/bijstand	,019	,165	,009	,113	,910
Uitkering (WW, WIA, Wajong, etc.)	,010	,182	,005	,056	,955
Fit	,146	,126	,101	1,162	,247
Zelfregie	,236	,140	,147	1,686	,094
Omvang netwerk	,008	,011	,054	,759	,449
Eerdere netwerksteun	-,133	,169	-,052	-,785	,434
Eerdere professionele hulp	-,132	,239	-,038	-,550	,583

Bibliografie

Anschütz, J. & Kreijen, P. (2017). *Cliëntervaringsonderzoek jeugd 2017 – Ervaringen van Rotterdamse cliënten met jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering*. Rotterdam: OBI/Gemeente Rotterdam.

Arum, S. van, & Enden, Th. Van den (2017). *Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht – derde landelijke peiling onder gemeenten.* Utrecht: Movisie.

Barber, B. (2008). *Consumed – How markets corrupt children, infantilize adults and swallow citizens whole*. New York: Norton.

Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M. (2013). *Cliënt-professional-en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd*. Den Haag: ZonMw.

Berzin, S. & Cohen, Ed. (2008). Does Family Group Decision Making Affect Child Welfare Outcomes? Findings from a Randomized Control Study. In: *Child Welfare*. Vol. 87 (p. 35-54).

Bevir (2009). *Governance – key concepts*. London: Sage 2009.

Boer, N. de (2012). Recensie van 'Erop … en dan?' door Sjef de Vries. *Sociale Vraagstukken*. geplaatst 26 juni 2012 (www.socialevraagstukken).

Boer, N. de & Lans, J. van der (2011). *Burgerkracht: de toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: RMO.

Bosch, H. van den & Lantinga, M. (2016). *Familiegroepsplan in de jeugdbescherming.* Utrecht: NJI (www.nji.nl).

Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Tonkens, E. (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Van Gennep.

Children's Commissioner (2017). *Fulfilling the vision – improving Family Group Conference preparation and participation*. Wellington: State of Care Series.

Civil Exchange (2015). *Whose society? The final big society audit*. London: Civil Exchange.

Clarijs, R. (2012). Family Group Conferences as cause and effect of people power. In: R. Clarijs & Th. Malmberg (Eds.). *The quiet revolution aggrandizing people power by FGCs* (pp. 83-105). Amsterdam: SWP Publishers.

CPB (2019). *De wijkteambenadering nader bekeken – het effect van de inzet van wijkteams op WMO-zorggebruik*. Den Haag: CPB (www.cpb.nl).

CPB (2013). *Decentralisaties in het sociaal domein – studie uitgevoerd op verzoek van de ministeries van BZK, Financiën en de VNG*. Den Haag: CPB (www.cpb.nl).

Crampton, D. (2007). Research Review: Family group decision-making: a promising practice in need of more programme theory and research. In: *Child and Family Social Work,* vol. 12, p. 202-209.

Dijkstra, S., Creemers, H., Asscher, J., Stams, G.-J. (2016). *De inzet van familienetwerkberaden in de jeugdbescherming – Eindrapport*. Den Haag: WODC.

Dijkstra, S., Creemers, H., Asscher, J., Dekovic, J., Stams, G.-J. (2016). The effectiveness of family group conferencing in youth care: A meta-analysis. In: *Child Abuse & Neglect.* (p. 100-110).

Dudevszky, S. & Lohman, S. (2015) *Activering sociale netwerken – een onderzoek naar het vergroten van zelfredzaamheid door de inzet van EK-c's in Rotterdam*. Rotterdam: WMO Werkplaats.

Frost, N., Abram, F., Burgess, H. (2014a). Family Group Conferences: context, process and ways forward. In: *Child & Family Social Work* vol. 19, p. 480-490 (Frost et al. 2014 a).

Frost, N., Abram, F., Burgess, H. (2014b). Family Group Conferences: evidence, outcpomes and future research, in *Child & Family Social Work* vol. 19, p. 501-507 (Frost et al. 2014 b).

Gemeente Rotterdam (2014). *Beleidsplan Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel 2015-2018*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Gemeente Rotterdam (2014). *WMO –kader 'Rotterdammers voor elkaar: van verzorgingsstaat naar verzorgingsstraat'.* Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Gemeente Rotterdam (2017). *Rapportage Sociaal Domein Rotterdam – Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein* 24-01-2017. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Guest, G., Namey, E., Mitchell, M. (2012). *Collecting qualitative data: a field manual for applied research*. Thousand Oaks/CA: Sage Publishers.

Hamdi, A. (2016). *Effectmeting en businesscases Wijkteams Rotterdam – Analyse 13 cases*. Rotterdam: Ecorys.

Helm, P. van der (2016). Eigen Kracht Centrale slaat de plank mis. In: *Sociale Vraagstukken*. 6 juni 2016.

Hilhorst, P. & Lans, J. van der (2014). Eigen kracht ontkracht. In: *De Groene Amsterdammer*. 9 oktober 2014.

Hulst, B. van (2016). *Enhancing hospital productivity.* Diss. Delft: IPSE Studies/TUDelft.

Ince, D. & Schmidt, A. (2017). *Eigen kracht versterken jeugd en ouders – Wat weten we? Literatuuronderzoek naar de stand van zaken*. Utrecht: NJI.

Jong, G. de (2014). *Family Group Conferencing in Public Mental Health Care A responsive evaluation*. diss. VU: Eigen Beheer.

Jong, G. de & Abma, T. (2016). Examining the Effects of Family Group Conferencing with Randomized Controlled Trials: the Golden Standard? Critical commentary. In: *British Journal of Social Work.* Vol. 45 (p. 1623-1629).

Jong, G. de & Schout, G. (2018). Evaluating Family Group Conferencing: towards a meaningful research methodology. In: *Child Abuse & Neglect.* Vol. 85 (p. 164-171).

Jong, G., Abma, T., Schout, G. (2014). Teeven en NJI vragen onrealistisch bewijs van Eigen Kracht-conferenties. In: *Sociale Vraagstukken*. 8 februari 2014.

Jungmann, N. (2012). *Schuldproblematiek: een vraagstuk in transitie*. Openbare Les. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Jupp, V. (2006). Self-report study. In: *the SAGE Dictionary of Social Research Methods*. To be consulted at: https://methods.sagepub.com.

King M., Nazareth, I., Lampe, F., Bower, P., Chandler, M., Mprou, M. (2005). Impact of participant and physician intervention preferences on randomised trials. In: *Journal of the American Medical Association*. Vol. 293(9) (p. 1089-1099).

Koppenjan, J., Termeer, K. & Karré, Ph.M. (2018). Wat maakt slimme sturing slim? In: *Bestuurskunde*. Vol. 27 (2).

Koster, Y. de (2016). Effectmeting sociaal domein in kinderschoenen. In: *Binnenlands Bestuur*. (www.binnenlandsbestuur.nl).

Kruiter, A.J., Bredewold, F., Ham, M. (2016). *Hoe de verzorgingsstaat verbouwd wordt – Kroniek van een verandering*. Amsterdam: Van Gennep.

Lupton, C. & Nixon, P. (1999). *Empowering practice? A critical appraisal of the family group conference approach.* Bristol: Policy Press.

Malmberg-Heimonen, I. & Johansen, S. (2014). Understanding the longer-term effects of family group conferences. In: *European Journal of Social Work* 2014 (online 2013) (p. 556-571).

Marsh, P. & Crow, G. (1998). *Family Group Conferences in Child Welfare*. Oxford: Blackwell, 1998.

Marsh, P. & Crow, G. (1997). *Family Group Conferences, Partnership and Child Welfare, A research report on four pilot projects in England & Wales*. Sheffield: University of Sheffield.

Matthijssen e.a. (2014). *Onderzoek implementatie pilots Verbrede Vraagwijzer*. Rotterdam: OBI/Gemeente Rotterdam.

Medical Research Council (2019). Developing and evaluating complex interventions. (www.mrc.ac.uk/complexinterventionsquidance).

Mitchell, M. (2017) *Re-imagining Family Group Conferencing 'Outcomes'*. PhD thesis; downloadable. Edinburgh: University of Edinburgh.

Movisie (2013). *Kennisdossier nr. 5: 'zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid'*. Utrecht: Movisie.

Nederlands Jeugd Instituut (2010). *Het versterken van de eigen kracht en het sociale netwerk van jeugdigen, ouders en gezinnen – 38 interventies uit de databank effectieve jeugdinterventies.* Utrecht: NJI.

Oldenhof, L. & Bal, R. (2014). *Wijkgovernance 'in the making': het verplaatsen van zorg en ondersteuning naar wijken.* Rotterdam: IBMG.

Onrust, S.A., Romijn, G. & Beer, Y. de (2015). Family group conferences within the integrated care system for young people with ID: a controlled study of effects and costs. In: *BMC Health Services Research 15* (392).

Onrust, S.A. & Romijn, G. (2013). *Eigen Kracht in de keten van de jeugd-lvb – Effecten en kosten*. Utrecht: Trimbos Instituut 2013.

Oosterkamp-Szwajcer, E.M. & Swart, J.J.W. de (2012). *Op Eigen Kracht vooruit – Een onderzoek naar de resultaten van Eigen Kracht-conferenties in Nederland*. Enschede: Saxion.

Oude Vrielink, M., Kolk, H. van der & Klok, P.J. (2014). *De vormgeving van sociale (wijk)teams.* Z.p. Enschede: Platform31/BMC Advies/Universiteit Twente.

Ostrom, E. & Walker, J. (2003). *Trust and reciprocity – Interdisciplinary lessons from experimental research*. New York: Russell Sage.

Pennell, J & Burford, G. (2000). Family Group Decision Making: protecting children and women. In: *Child Welfare.* (p. 131-158).

Pommer, E. (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015 – rondom de transitie*. Den Haag: SCP.

Praag, C. van & Uitterhoeve, W. (1999). *Een kwart eeuw sociale verandering in Nederland*. Nijmegen/Den Haag: SUN.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2014). *Leren innoveren in het sociaal domein*. Den Haag: RMO.

Reekum, R. van (2008). Wetenschappelijk gefundeerd beleid is een hype. In: *Sociale Vraagstukken* geplaatst 15 november 2008.

Roo, A.J. de & Jagtenberg, R.W. (2018). *Het recht op een familiegroepsplan.* In: Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht FJR. Vol. 10. (p. 36-41).

Roo, A.J. de & Jagtenberg, Lokaal bestuur en burgerkracht: slimme sturing in het sociale domein. In: *Bestuurskunde*. Vol. (27)2. (p. 30-38).

Shlonsky, A. e.a. (2009), *Family Group Decision making for children at risk of abuse and neglect.* Toronto: The Campbell Collaboration Social Welfare Group.

Slob M. & J. Staman (2012). *Beleid en het bewijsbeest. Een verkenning van verwachtingen en praktijken rond evidence based policy*. Den Haag: Rathenau Instituut.

Slot, N.W., Theunissen, A. e.a. (2001). *909 zorgen: een onderzoek naar de doelmatigheid van de ondertoezichtstelling*. Amsterdam: VU.

Spit, W. e.a. (2016). *Business case Wijkteams Rotterdam 2016 – Eindrapport.* Rotterdam: Ecorys.

Steyaert, J. & Kwekkeboom, R. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken.* Utrecht: Movisie/WMO Werkplaats.

Steyerberg, E.W. (2018). *Kansen grijpen*. Oratie. Leiden: LUMC.

Sundell, K. & Vinnerljung, B. (2004), Outcomes of family group conferencing in Sweden – A 3-year follow up. In: *Child Abuse & Neglect.* (p. 267-289).

Vlemminx, F. (2003). Onze tandeloze sociale grondrechten in het licht van 20 jaar EVRM. In: *NJCM Bulletin.* Vol. 28(3a.) (p. 233-244).

VNG (2019). *Schouders eronder!.* (www.vng.nl)

VNG (2017). *Factsheet het Familiegroepsplan*. (www.vng.nl).
VNG (2015). *Bekostigingsmodellen Jeugd en WMO; een overzicht van voorbeelden en inventarisaties van modellen*. Den Haag: VNG.

VNG (2014). *Factsheet het Familiegroepsplan*. (www.vng.nl).

Waal, S.P.M. de (2015). *Burgerkracht met Burgermacht. Het einde van de maatschappelijke onderneming en het polderpaternalisme.* Den Haag: Boom Lemma.

Waijer, K. de (2018). *Het komt niet in de buurt*. Rotterdam: Rekenkamer Rotterdam.

Walraven, G. & Witte, T. (2015). *Lerende sociale professionals – Werkboek WMO Praktijken*. Utrecht: Movisie/WMO Werkplaats.

Wang, E. & Lambert, M. (2012). Expediting permanent placement from foster care systems: the role of family group decision-making. In: *Children and Youth Services Review.* Vol. 34 (p. 845-850).

Wentink, T e.a. (2014). *Voorstel indicatoren 'outcome'-meting monitor Sociaal Domein*. Rotterdam: OBI-Gemeente Rotterdam (rotterdam.nl/onderzoek).

Wijnen-Lunenburg, P., Gramberg, P., Slot, W. (2008). *De familie aan zet – De uitkomsten van Eigen Kracht conferenties in de jeugdbescherming met betrekking tot veiligheid, sociale cohesie en regie*. Duivendrecht: WESP.

Winter, H. (2015). *Bestuurlijke organisatie en geschilbeslechting in het sociaal domein*. Groningen: RUG.

WRR (2012). *Vertrouwen in burgers*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Yshai, Y. (2012). Participatory governance in public health: choice, but no voice. In: L.-F David (Ed.). *Oxford Handbook of Governance*. Oxford: OUP.

Zijden, Q van der, Diephuis, K., Dronkers, F., Matthaei, H. & Woudenberg, J. (2009). *Indicatiestelling voor jeugd. Vijf modellen vergeleken vanuit het perspectief van financiering, professionals en cliënten*. Utrecht: NJI.

ISBN 978-90-9032517-0